

FORMULARZ OFERTY

I. Dane o Przyjmującym zamówienie:

1. Pełna nazwa Przyjmującego zamówienie:

.....
.....

Adres: ulica nr

Kod pocztowy: Miejscowość:

Telefon nr: Fax nr:

E-mail:

2. Numer w Krajowym Rejestrze Sądowym lub data zarejestrowania działalności gospodarczej do CEIDG prowadzonego przez:

.....

3. NIP

4. REGON

5. Miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych

6. Osoba/y upoważniona/e do reprezentowania Przyjmującego zamówienie:

.....

7. Osoba/y upoważniona/e do podpisania umowy:

.....

8. Osoba/y odpowiedzialna/e za realizację świadczeń zdrowotnych oraz numer telefonu kontaktowego:

.....

.....

II. Proponowana oferta:

Zakres:	Liczba dni oczekiwania na realizację świadczenia zdrowotnego	Odległość miejsca wykonywania świadczeń od Udzielającego zamówienie	Wartość brutto oferty (zgodnie z Formularzem ofertowo-cenowym)
Zadanie 1: świadczenia zdrowotne z zakresu ortopedii km zł
Zadanie 2: świadczenia zdrowotne z zakresu okulistyki km zł
Zadanie 3: świadczenia zdrowotne z zakresu urologii km zł
Zadanie 4: świadczenia zdrowotne z zakresu kardiologii km zł
Zadanie 5: świadczenia zdrowotne z zakresu ginekologii km zł

III. Oświadczenie Przyjmującego zamówienie

Oświadczam, że:

- 1) zapoznałem się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert, Szczegółowymi warunkami konkursu ofert oraz projektem umowy i nie wnoszę do nich zastrzeżeń;
- 2) oferuję wykonywanie zawartych w ofercie świadczeń zdrowotnych na rzecz Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Państwowego Szpitala dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych w Rybniku zgodnie z warunkami zawartymi w Szczegółowych warunkach konkursu ofert oraz projekcie umowy;
- 3) posiadam aktualne i opłacone ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej obejmującej szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania ich udzielania, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, i utrzymam je przez okres obowiązywania umowy;
- 4) wszystkie załączone do oferty dokumenty są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym;
- 5) wszelkie podane w ofercie informacje są prawdziwe;
- 6) pomieszczenia i urządzenia, przy pomocy których będą udzielane świadczenia zdrowotne są zgodne z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. 2012, poz. 739).
- 7) uważam się za związanego ofertą przez okres 30 dni, licząc od upływu terminu składania ofert;
- 8) w przypadku wygrania konkursu a przed podpisaniem umowy zobowiązuję się do dostarczenia kserokopii w/w ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej wraz z potwierdzeniem opłacenia składki/ek potwierdzonej za zgodność z oryginałem;
- 9) w przypadku wygrania konkursu zobowiązuję się do podpisania umowy, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego zamówienia.

IV. Załączniki:

Wykaz załączników do oferty, które stanowią jej integralną część:

1.
2.
3.
4.
5.

..... r.

miejsowość

data

.....

podpis Przyjmującego zamówienie