

FORMULARZ OFERTY

w konkursie ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych w Szpitalu Specjalistycznym im. Stefana Żeromskiego SP ZOZ w Krakowie

Imię i nazwiskonazwisko rodowe.....

Adres (siedziba) Oferenta.....

Imię ojca..... imię matki.....

Nr telefonuAdres email:

NIP

Regon

W odpowiedzi na ogłoszenie o konkursie na udzielanie świadczeń zdrowotnych w Szpitalu Specjalistycznym im. Stefana Żeromskiego SP ZOZ w Krakowie, składam ofertę na udzielanie świadczeń:

Jednostka organizacyjna	Rodzaj świadczenia zdrowotnego	Kwota wynagrodzenia (zł)
Dział Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej	Udzielanie świadczeń zdrowotnych w Dziale Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej pacjentów od 16 roku życia	 stawka za 1 godzinę /dzień powszedni
		 stawka za 1 godzinę /dzień świąteczny
		 stawka za 1 godzinę /1 stycznia, Wielkanoc, Poniedziałek Wielkanocny, 1 listopada, 24 grudnia, 25 grudnia, 26 grudnia, 31 grudnia

1. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią: ogłoszenia, szczegółowych warunków konkursu ofert oraz projektem umowy oraz nie wnoszę do nich zastrzeżeń.
2. Oświadczam, że świadczeń zdrowotnych udzielał będę przy wykorzystaniu pomieszczeń, wyposażenia, aparatury i sprzętu medycznego, środków medycznych, środków transportu i łączności udostępnionych przez Udzielającego Zamówienia.
3. Oświadczam, że ze złożoną ofertą pozostanę związany przez 30 dni licząc od dnia, w którym upływa termin składania ofert.
4. Oświadczam, że w przypadku wyboru mojej oferty zobowiązuję się do zawarcia umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne w miejscu i czasie wyznaczonym przez organizatora konkursu.
5. Oświadczam, że w razie wyboru mojej oferty najpóźniej w dniu podpisania umowy przedstawię kopię polisy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej odpowiadającego warunkom obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej określonego w art. 25 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jednolity: Dz. U. z 2018 r., poz. 160 ze zm.) i zgodnego z przepisami wydanymi na jego podstawie oraz zobowiązuję się do utrzymywania aktualnego ubezpieczenia przez cały okres obowiązywania umowy.

.....
Podpis Oferenta lub osób uprawnionych