

## FORMULARZ OFERTY

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

Imię i nazwisko.....nazwisko rodowe.....

Adres Oferenta.....

Imię ojca..... imię matki.....

Nr telefonu .....Adres 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:

Grupa i Pakiet	Rodzaj świadczenia zdrowotnego	Kwota wynagrodzenia (zł) zgodna z grupą SWKO
Grupa IV, VI	Udzielanie świadczeń zdrowotnych w .....	..... Stawka za 1 godzinę

- Oświadczam, że zapoznałem się z treścią: ogłoszenia, szczegółowych warunków konkursu ofert oraz projektem umowy oraz nie wnoszę do nich zastrzeżeń.
- Oświadczam, że świadczeń zdrowotnych udzielał będę przy wykorzystaniu pomieszczeń, wyposażenia, aparatury i sprzętu medycznego, środków medycznych, środków transportu i łączności udostępnionych przez Udzielającego Zamówienia.
- Oświadczam, że ze złożoną ofertą pozostanę związany przez 30 dni licząc od dnia, w którym upływa termin składania ofert.
- 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.
- 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 2019, poz. 2190 z późniejszymi zmianami) zgodnego z przepisami wydanymi na jego podstawie oraz zobowiązuję się do utrzymywania aktualnego ubezpieczenia przez cały okres obowiązywania umowy.

Tomasz Huber  
RADCA PRAWNY  
KR-3009

.....  
**Podpis Oferenta lub osób uprawnionych**