***Załącznik nr 4** do szczegółowych*
warunków konkursu ofert z dnia 28.11.2019 ***r.***

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 (siedziba) 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:

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 **<u>do 16</u>** 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
	Udzielanie świadczeń zdrowotnych w Dziale Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej pacjentów **<u>od 16</u>** 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 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