

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:

***dotyczy oferentów indywidualnych**

Grupa /Pakiet		
Grupa Pakiet	Stawka za Udzielanie świadczeń zdrowotnych w Oddziale 	 Stawka za 1 godzinę
	Gotowość do udzielania świadczeń (dyżur pod telefonem)*w Oddziale 	 Stawka za 1 godzinę
	Stawka za konsultacje w Oddziałach Szpitala	 Stawka za konsultację

***dotyczy O. Ginekologiczno-Położniczego (oferent indywidualny), O. Chirurgii Dzieci, O, Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Maloinwazyjnej**

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 2021, poz. 711 ze zm.) i zgodnego z przepisami wydanymi na jego podstawie oraz zobowiązuję się do utrzymywania aktualnego ubezpieczenia przez cały okres obowiązywania umowy.

6. Oświadczam, że świadczenia zdrowotne udzielane będą przez osoby zgodnie z **załączoną listą imienną (wraz z ich podpisami) oraz kwalifikacjami zawodowymi i zgodą na udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach działalności oferenta ****

Lp.	Imię i nazwisko osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych	Kwalifikacje zawodowe	Zgoda na udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach działalności Oferenta (podpis osoby z kol. 2)	Informacja dotycząca prowadzenia działalności gospodarczej
1				
2				

.....
Podpis Oferenta lub osób uprawnionych

** Nie dotyczy Oferentów składających indywidualne oferty.

** wypełnić w przypadku złożenia oferty przez spółkę cywilną lub spółkę prawa handlowego