

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		Deklarowana liczba godzin dyżurów w miesiącu	
Grupa Pakiet 	Stawka za Udzielanie świadczeń zdrowotnych w Oddziale we wszystkie dni tygodnia*		 Stawka za 1 godzinę
	Stawka za Udzielanie świadczeń zdrowotnych w Oddziale**		 Stawka za 1 godzinę w dni powszednie Stawka za 1 godzinę w soboty, niedziele i święta
	Gotowość do udzielania świadczeń (dyżur pod telefonem)***w komórce organizacyjnej		 Stawka za 1 godzinę dyżuru pod telefonem Stawka za 1 godzinę dyżuru z wezwaniem

UWAGA!

* dotyczy grupy I (pakiet 2,3,4,5,7,8,9,10,11), grupy II, grupy IV, grupa VI, grupa VII

**dotyczy grupy I (pakiet 6), grupa III

*** dotyczy grupy I (pakiet 1)

- Oświadczam, że zapoznałem się z treścią: ogłoszenia, szczegółowych warunków konkursu ofert oraz projektem umowy oraz nie wnoszę do nich zastrzeżeń.
- Oświadczam, że świadczeń zdrowotnych udzielać 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