

**OFERTA  
NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH**

Przedmiot konkursu: „Świadczenie usług zdrowotnych w zakresie hemodializy dla pacjentów Szpitala Specjalistycznego im. Stefana Żeromskiego SP ZOZ w Krakowie”

**Udzielający Zamówienia:**

Szpital Specjalistyczny im. Stefana Żeromskiego Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Krakowie 31-913 Kraków os. Na Skarpie 66

Adres: 31-913 Kraków, os. Na Skarpie 66

tel. (12) 62 29 342 , fax. (12) 644 47 56;

REGON: 000630161 ; NIP: 678 26 80 -028 ; KRS: 0000035552

Adres internetowy: [www.zeromski-szpital.pl](http://www.zeromski-szpital.pl)

e-mail: [dop@zeromski-szpital.pl](mailto:dop@zeromski-szpital.pl)

**Przyjmujący Zamówienie \*)**

Część A

nazwa podmiotu wykonującego działalność leczniczą

.....

siedziba: ul. .... nr ..... kod:

.....

miejsowość .....

nr wpisu do rejestru zakładów opieki zdrowotnej

.....

NIP.....

REGON.....

numer telefonu .....

fax .....

Część B

imię i nazwisko

.....

adres: kod ..... miejscowość

.....

ulica.....nr.....

....

PESEL ..... NIP

REGON.....

numer telefonu .....

fax .....

1. Zobowiązuję się do udzielania świadczeń będących przedmiotem niniejszego konkursu na zasadach określonych w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert i materiałach informacyjnych o przedmiocie konkursu, w terminie 24 miesięcy.
2. Pomieszczenia, w których wykonywane będą przedmiotowe świadczenia spełniają obowiązujące przepisy i będą pod stałym nadzorem Inspekcji Sanitarnej.
3. Oferuję wykonywanie przedmiotu niniejszego konkursu za wynagrodzenie w wysokości określonej w poniższej tabeli:

Lp.	Nazwa świadczenia zdrowotnego	Cena brutto	Ilość szacunkowa/ rok	Wartość brutto
Kol. 1	Kol. 2	Kol.3	Kol. 4	Kol. 3 x Kol. 4
1)	hemodializy przyjazdowe w Oddziałach szpitalnych		120	
2)	hemodializy wyjazdowe		380	
<b>RAZEM (roczna wartość Oferty):</b>				

Podpis(y):

I.p.	Nazwisko i imię osoby (osób) upoważnionej(ych) do reprezentowania Przyjmującego Zamówienie	Miejscowość i data
1)		
2)		

**\*) Przyjmujący Zamówienie wpisuje / załącza odpowiednio**

Część A – odnosi się do Przyjmujących Zamówienie będących podmiotami wykonującymi działalność leczniczą

Część B - odnosi się do osób fizycznych legitymujących się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie będącym przedmiotem konkursu ofert.