

## FORMULARZ OFERTOWY

Na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie:  
**ANGIOLOGIA - HOSPITALIZACJA**

NAZWISKO I IMIĘ ( NAZWA) OFERENTA:

ADRES PROWADZENIA DZIAŁALNOŚCI:

ADRES ZAMIESZKANIA/SIEDZIBY ( LUB DO KORESPONDENCJI)

NIP.....

REGON.....

TELEFON KONTAKTOWY.....

Przystępując do konkursu ofert na świadczenia zdrowotne w zakresie:

### ANGIOLOGIA - HOSPITALIZACJA

oferuję realizację przedmiotu postępowania konkursowego zgodnie z opisem zawartym w szczegółowych warunkach konkursu ofert za cenę skalkulowaną w następujący sposób:

I.p.	Rodzaj świadczenia	% wartości procedury rozliczanej z Narodowym Funduszem Zdrowia
1.	Wynagrodzenie za przeprowadzenie jednej procedury medycznej wyrażone jako % wartości jednej procedury medycznej rozliczanej przez Udzielającego zamówienie z Narodowym Funduszem Zdrowia na podstawie podpisanej umowy.	

Składający ofertę oświadcza, że:

1. Zapoznał się i akceptuje treść ogłoszenia oraz warunki konkursu i projekt umowy
2. Jest gotowy wykonywać umowę na udzielanie świadczeń w okresie **36** miesięcy od dnia jej zawarcia

Ponadto składający ofertę oświadcza, że:

1. Załączniki do oferty stanowią wszystkie kompletne dokumenty potwierdzające spełnienie wymogów określonych w rozdziale III warunków konkursu ofert.
2. Posiada zawartą umowę ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z realizacją zamówienia zgodnie z przepisem art. 25 ustawy o działalności leczniczej/zobowiązuje się do zawarcia umowy od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z realizacją zamówienia zgodnie z przepisem art. 25 ustawy o działalności leczniczej oraz dostarczy kopię polisy Udzielającemu zamówienia przed przystąpieniem do realizacji zamówienia.

#### **DODATKOWE UMIEJĘTNOŚCI I KWALIFIKACJE :**

.....  
.....

#### **ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY:**

- a) Kopię dyplomu/uprawnień do wykonywania zawodu dla personelu medycznego angażowanego w realizację zamówienia
- b) Kopię dyplomu poświadczającego ukończoną specjalizację (dotyczy lekarzy specjalistów) lub inne dokumenty potwierdzające kwalifikacje, niezbędne do prawidłowej realizacji zamówienia dla personelu medycznego angażowanego w realizację zamówienia,,
- c) Kopia poświadczeń o ważności przeglądów technicznych (oświadczenie wykonującego przegląd, raport serwisu, paszport techniczny) sprzętu medycznego,
- d) Odpis informacji z CEIDG/odpis z Krajowego Rejestru Sądowego,
- e) Wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą,
- f) Zaświadczenie o numerze identyfikacyjnym REGON,
- g) Decyzja o nadaniu NIP,



**SZPITAL  
W PUSZCZYKOWIE**

- h) Kopia polisy odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z realizacją umowy zgodnie z przepisem art. 25 ustawy o działalności leczniczej/ oświadczenie o przedłożeniu polisy przed przystąpieniem do realizacji zamówienia,
- i) Dokument potwierdzający prawo do użytkowania pomieszczeń Pracowni Radiologii Zabiegowej znajdujących się na terenie Szpitala.

.....  
Podpis i pieczęć składającego ofertę