

**FORMULARZ OFERTOWY**

**NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH  
w zakresie anestezjologii  
na potrzeby realizacji świadczeń medycznych w zakresie chirurgii onkologicznej**

kod.....miejscowość.....

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

województwo ..... miejscowość.....

NIP ..... REGON .....

Telefon ..... Fax .....

Działalność prowadzona na podstawie wpisu do.....

.....

.....nr .....

**Przedmiot zamówienia: wykonywanie świadczeń zdrowotnych**

.....  
**Data i podpis Oferenta**

.....  
/ imię i nazwisko/

.....  
/ nazwa praktyki lekarskiej/

.....  
/siedziba, adres/

### **Oświadczenie Oferenta**

*Dotyczy: Ogłoszenia o Konkursie Ofert*

**na**

**świadczenie usług zdrowotnych**

**w zakresie anestezjologii**

**na potrzeby realizacji świadczeń medycznych w zakresie chirurgii onkologicznej**

1. Oświadczam, że zapoznałam/em się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert.
2. Oświadczam, że zapoznałam/em się ze szczegółowymi warunkami konkursu i nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
3. Oświadczam, że zapoznałam/em się ze wszystkimi koniecznymi informacjami, niezbędnymi do przygotowania oferty oraz wykonania zamówień na świadczenie zdrowotne.
4. Oświadczam, że uważam się związaną/y ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.
5. Oświadczam, że nie wnoszę zastrzeżeń do warunków zawarcia przyszłej umowy i zobowiązuję się do jej podpisania, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Szpital.
6. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym. Stan prawny określony w dokumentach nie uległ zmianie na dzień złożenia oferty.
7. Oświadczam, że świadczenia zdrowotne wykonywać będę w siedzibie Szpitala zgodnie z treścią oferty na warunkach określonych w przyszłej umowie.
8. Oświadczam, że posiadam aktualne ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej (OC) na sumę gwarancyjną w wysokości ..... (obowiązek ubezpieczenia OC powstaje najpóźniej w dniu poprzedzającym dzień rozpoczęcia udzielania świadczeń zdrowotnych na podstawie umowy). Zobowiązuję się do przedłożenia kopii polisy OC na ww. równowartość w dniu podpisania umowy lub najpóźniej w pierwszym dniu obowiązywania umowy.
9. Poprzez czynność złożenia oferty wyrażam zgodę na umieszczenie w ogłoszeniu Szpitala o rozstrzygnięciu konkursu ofert moich danych takich jak: imię i nazwisko, firma oraz adres indywidualnej praktyki lekarskiej w przypadku, gdy moja oferta zostanie wybrana przez Komisję Konkursową.
10. Oświadczam, że wyrażam zgodę na kontrolę Narodowego Funduszu Zdrowia w zakresie przedmiotowym podpisanej umowy.
11. Oświadczam, że zobowiązuję się do udzielania świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem zamówienia w pełnym zakresie z należytą starannością i wymogami aktualnej wiedzy medycznej.
12. Oświadczam, że posiadam następujące uprawnienia (specjalizacje)

.....  
/podpis i pieczęć osoby uprawnionej do podpisania i złożenia oferty/

**WARTOŚĆ OFERTY**

**na świadczenie usług zdrowotnych  
w zakresie anestezjologii  
na potrzeby realizacji świadczeń medycznych w zakresie chirurgii onkologicznej**

.....cena brutto za godzinę pracy

.....  
**Data i podpis Oferenta**