

## FORMULARZ OFERTOWY

### **1. Dane Oferenta**

Nazwa i siedziba Oferenta: .....

.....

.....

Wpisany do rejestru podmiotów prowadzących działalność leczniczą pod nr .....

prowadzonego przez.....

Nr telefonu: ..... Nr Faksu: .....

Email: .....

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

Osoba uprawniona do kontaktu z Udzielającym zamówienie (imię, nazwisko, stanowisko, nr telefonu, adres email) .....

.....

### **2. Przedmiot ofert<sup>1</sup>**

- ☐ Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie pełnienia stacjonarnych dyżurów lekarskich w jednostce „Zimowit”
- ☐ Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie pełnienia stacjonarnych dyżurów lekarskich w jednostce „Eskulap”
- ☐ Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie pełnienia stacjonarnych dyżurów lekarskich w jednostce „Polonia”
- ☐ Udzielanie świadczeń zdrowotnych obejmujących zabezpieczenie opieki lekarskiej w jednostkach udzielającego zamówienie

---

<sup>1</sup> Należy zaznaczyć jeden wybrany przedmiot oferty

### **3. Oferowana cena za świadczenie zdrowotne<sup>2</sup>**

#### **A. Stacjonarne dyżury lekarskie:**

Lp.	Rodzaj dyżuru	Cena brutto za 1 godzinę dyżuru
1	Dyżur zwykły	
2	Dyżur świąteczny	

#### **B. Opieka lekarska w jednostkach Udzielającego zamówienie**

Lp.	Rodzaj świadczeń zdrowotnych	Cena brutto za 1 pacjenta
1	Prewencja rentowa ZUS w schorzeniach narządu ruchu	
2	Uzdrowskie leczenie sanatoryjne dzieci pod opieką opiekuna – jednostka „Gołębek-Opatrność”	

### **4. Oświadczenia Oferenta**

#### Oświadczam, że:

- 1) zapoznałem się Regulaminem konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych Nr DLO-RKOŚZ-1/2017, z treścią ogłoszenia, z wzorem umowy i nie wnoszę do treści ww. dokumentów zastrzeżeń oraz otrzymałem od Udzielającego zamówienie informacje niezbędne do przygotowania oferty,
- 2) w przypadku wyboru mojej oferty, zobowiązuję się do zawarcia umowy na warunkach zaproponowanych we wzorze umowy, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego zamówienie,
- 3) uważam się za związanego niniejszą ofertą przez czas wskazany w Regulaminie konkursu ofert.

#### **Załączniki do oferty:**

- 1) zaświadczenie o wpisie do Ewidencji Działalności Gospodarczej lub odpis z Krajowego Rejestru Sądowego,
- 2) dokument potwierdzający wpis do rejestru podmiotów prowadzących działalność leczniczą,
- 3) potwierdzenie nadania numeru NIP,
- 4) zaświadczenie o nadaniu numeru REGON,
- 5) dokument potwierdzający zawarcie umowy obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej zgodnie z przepisami Ustawy o działalności leczniczej lub oświadczenie stanowiące Załącznik Nr 2 do Regulaminu,

<sup>2</sup> Należy wybrać rodzaj świadczeń zdrowotnych (A **i/lub** B) zgodnie z przedmiotem oferty.

- 6) oświadczenie o niezaleganiu stanowiące Załącznik Nr 3 do Regulaminu,
- 7) oświadczenie o posiadaniu w dyspozycji lekarzy stanowiące Załącznik Nr 4 do Regulaminu,
- 8) inne (wymienić jakie):

- .....
- .....
- .....

Data .....

.....

Pieczętka i podpis Oferenta