

Pieczęć firmowa
Oferenta

.....dnia

Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów
Opieki Zdrowotnej 09-200 Sierpc
ul. Słowackiego 32

OFERTA NA KONKURS OFERT NR DUM - 3/2019

na udzielanie świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej w zakresie:

- a. nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej udzielanych w warunkach ambulatoryjnych i w miejscu zamieszkania lub pobytu świadczeniobiorcy na obszarze zabezpieczenia powyżej 50 tys. świadczeniobiorców w zakresie uzupełnionym (kod zakresu świadczeń kontraktowanych 01.0000.162.16)
oraz
- b. nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej udzielanych w warunkach ambulatoryjnych i w miejscu zamieszkania lub pobytu świadczeniobiorcy na obszarze zabezpieczenia powyżej 50 tys. świadczeniobiorców w zakresie uzupełnionym – UE (kod zakresu świadczeń kontraktowanych 01.0000.162.14), zwanych dalej świadczeniami

I. Dane Oferenta

1. Pełna nazwa

.....

2. Adres korespondencji:

ul. nr

kod pocztowy miejscowość

3. Tel. **fax** **e-mail**.....

4. Regon

5. NIP

6. Nr wpisu do Ewidencji Działalności Gospodarczej i nazwa organu ewidencyjnego

.....

7. Nr KRS

.....

8. Zaświadczenie o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą

Nr.....

II. Oświadczenia Oferenta:

- Oświadczam, że zapoznałam/em/ się z treścią ogłoszenia.
- Oświadczam, że zapoznałam/em/ się ze szczegółowymi warunkami konkursu ofert i nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
- Oświadczam, że zapoznałam/em/ się ze wszystkimi koniecznymi informacjami, niezbędnymi do przygotowania oferty oraz wykonania zamówienia na świadczenie zdrowotne.
- Oświadczam, że uważam się związana/y/ ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.
- Oświadczam, że nie wnoszę zastrzeżeń do załączonego projektu umowy i zobowiązuję się do jej podpisania na warunkach określonych w umowie, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego zamówienia.
- 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.
- Oświadczam, że posiadam odpowiednie uprawnienia i kwalifikacje niezbędne do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia.
- Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych w zakresie wynikającym z postępowania konkursowego.

.....
(podpis i pieczęć osoby uprawnionej
do podpisania i złożenia oferty)

III. Oferowana stawka:

..... zł brutto miesięcznie, słownie:

.....

.....
(podpis i pieczęć osoby uprawnionej
do podpisania i złożenia oferty)

IV. Adres miejsca realizacji świadczeń ¹

Sierpc ul.

¹ miejsce realizacji świadczeń w warunkach ambulatoryjnych musi być zlokalizowane w Sierpcu

.....
(podpis i pieczęć osoby uprawnionej
do podpisania i złożenia oferty)

Załączniki:

- 1. Dane osób udzielających świadczeń zdrowotnych**
- 2. Zaakceptowany wzór umowy**

.....
pieczęć firmowa z pełną nazwą Oferenta

WYKAZ osób udzielających świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w warunkach ambulatoryjnych i w miejscu zamieszkania lub pobytu świadczeniobiorcy

L.p.	Imię i nazwisko	PESEL	Nr prawa wykonywania zawodu	Posiadana specjalizacja

.....
(podpis i pieczęć osoby uprawnionej
do podpisania i złożenia oferty)