

## FORMULARZ OFERTOWY

w postępowaniu konkursowym na stanowisko Kierownika Szpitalnego Oddziału Ratunkowego  
oraz na udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu usług lekarskich  
na rzecz pacjentów Szpitalnego Oddziału  
Ratunkowego Pabianickiego Centrum Medycznego Sp. z o.o.

Pełna nazwa oferenta:

.....  
.....

Adres oferenta: (województwo, kod, miejscowość, ulica, nr domu, nr lokalu)

.....

PESEL .....

Numer telefonu .....

Adres e-mail .....

Numer fax .....

Numer NIP .....

Numer REGON .....

Numer rejestru podmiotu leczniczego .....

Numer KRS .....

1. Niniejszym zgłaszam gotowość przystąpienia do konkursu ofert o udzielanie świadczeń zdrowotnych, zgodnie z treścią Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert z dnia 04.09.2023 r.
2. Niniejszym oświadczam, że:
  - 1) Zapoznałam/łem się z treścią ogłoszenia i Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert (SWKO) w przedmiocie konkursu i nie wnoszę do nich zastrzeżeń oraz uzyskałam/łem wszystkie informacje i wyjaśnienia konieczne do przygotowania oferty,
  - 2) spełniam niezbędne warunki w zakresie kwalifikacji personelu,
  - 3) czuję się związana/y niniejszą ofertą na czas wskazany w SWKO,

- 4) zapoznałam/łem się z warunkami umowy określonymi w załączniku nr 2/2a do SWKO i akceptuję je bez zastrzeżeń oraz zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego zamówienia,
- 5) zobowiązuję się do wypełniania swoich obowiązków, zgodnie ze sposobem organizacji oraz harmonogramem czasu pracy uzgodnionym z Udzielającym zamówienia,
- 6) zobowiązuję się do zachowania tajemnicy i wykorzystania informacji uzyskanych w wyniku postępowania konkursowego wyłącznie do celów ofertowych,
- 7) zobowiązuję się do żądania zapłaty za wykonane usługi w terminie 30 dni licząc od daty dostarczenia do siedziby Udzielającego zamówienia, prawidłowo wystawionej faktury.
- 8) nie zostałam/łem skazana/y za przestępstwo umyślne ani nie toczy się w stosunku do mnie postępowanie karne za przestępstwo umyślne.
- 9) **posiadam .....- letnie doświadczenie w udzielaniu świadczeń w zakresie przedmiotowego konkursu,**

10) posiadam kwalifikacje:

Nr prawa wykonywania zawodu: .....

Wykształcenie: .....

Specjalizacje: .....

.....

Inne: .....

3. Proponuję następującą cenę na świadczenia zdrowotne, będące przedmiotem konkursu ofert, obowiązujące w okresie obowiązywania umowy.

Zakres udzielanych świadczeń	Szacowana liczba godzin w miesiącu	Oferowana liczba godzin w miesiącu	Oferowana cena jednostkowa za godzinę udzielanych świadczeń
Kierowanie i zarządzanie oraz usługi lekarskie - Szpitalny Oddział Ratunkowy	230	..... h	..... zł/h

.....

Podpis Oferenta