

FORMULARZ OFERTOWY

w postępowaniu konkursowym na udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu
opieki internistycznej oraz dyżurów internistycznych (leczenie szpitalne)
na rzecz pacjentów 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 06.09.2023 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
Usługi Lekarskie – Oddział Wewnętrzny II	350 h zł/h

.....
Data i Podpis Oferenta