

## FORMULARZ OFERTOWY

w postępowaniu konkursowym na udzielanie świadczeń zdrowotnych wykonywanych przez położne  
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 NIP .....

Numer REGON .....

1. Niniejszym zgłaszam gotowość przystąpienia do konkursu ofert o udzielanie świadczeń zdrowotnych, zgodnie z treścią Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert z dnia 03.10.2023 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.

Miejsce udzielanych świadczeń	Szacowana liczba godzin w miesiącu	Oferowana liczba godzin w miesiącu	Oferowana cena jednostkowa za godzinę udzielanych świadczeń
Oddział Ginekologiczno-Położniczy	240 h	..... h	..... zł/h
Oddział Neonatologiczny z Patologią Noworodka	190 h	..... h	..... zł/h

.....

Podpis Oferenta