



FORMULARZ OFERTOWY

w postępowaniu konkursowym na udzielanie świadczeń zdrowotnych

w zakresie usług lekarskich świadczonych na rzecz pacjentów Pabianickiego Centrum

Gastroenterologii, Chirurgii Małoinwazyjnej i Endoskopowej PCM 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

1. Niniejszym zgłaszam gotowość przystąpienia do konkursu ofert o udzielanie świadczeń zdrowotnych, zgodnie z treścią Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert z dnia 05.10.2023 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 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) nie zostałam/tem skazana/y za przestępstwo umyślne ani nie toczy się w stosunku do mnie postępowanie karne za przestępstwo umyślne.

8) **posiadam- letnie doświadczenie w udzielaniu świadczeń w zakresie przedmiotowego konkursu,**

9) 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/znieczuleń w miesiącu | Oferowana liczba godzin/znieczuleń w miesiącu | Oferowana cena jednostkowa |
|---|---|---|----------------------------|
| Usługi lekarskie w Pabianickim Centrum Gastroenterologii, Chirurgii Małoinwazyjnej i Endoskopowej | 130 h | h | zł/h |
| Usługi lekarskie (anestezjologiczne) w Pabianickim Centrum Gastroenterologii, Chirurgii Małoinwazyjnej i Endoskopowej | 110 h | h | zł/h |
| Znieczulenie dożylne wykonywane do badań: pojedynczych (gastroskopia, kolonoskopia), do badań podwójnych (gastroskopia + kolonoskopia), | 250 szt. | szt. | zł/znieczulenie |

.....
Podpis Oferenta