

## FORMULARZ OFERTOWY

**w postępowaniu konkursowym na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie pielęgniarstwa  
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

.....

1. Niniejszym zgłaszam gotowość przystąpienia do konkursu ofert o udzielanie świadczeń zdrowotnych, zgodnie z treścią Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert.
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) nie zostałam/łem 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 w miesiącu	Oferowana liczba godzin w miesiącu	Oferowana cena jednostkowa za godzinę udzielanych świadczeń
Oddział Dziecięcy	80	..... h	..... zł/h
Oddział Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej	120	..... h	..... zł/h
Oddział Urologiczny	100	..... h	..... zł/h

.....

Podpis Oferenta