

FORMULARZ OFERTOWY

na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie konsultacji wykonywanych na rzecz pacjentów Szpitala Specjalistycznego Nr 2 w Bytomiu

I. Dane o Oferencie:

1. Pełna nazwa:.....
2. Adres:
 miejscowośćkod pocztowy.....
 ul., nr lokalu,
 Tel/fax.
 email..... www.....
 Nazwa i numer konta bankowego
3. Numer wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność
 leczniczą.....
4. NIP.....
5. Regon.....
6. KRS.....

II. Składam ofertę na udzielanie następujących świadczeń (wypełnić właściwe), za cenę:

Konsultacje hematologiczne

- cena brutto:

- odległość w km:

III. Dni i godziny pracy poradni/pracowni /oddziału wykonującej/ego świadczenia zdrowotne:

- konsultacje hematologiczne

.....

IV. Przewidywany czas oczekiwania na badania:

- konsultacje hematologiczne (przy czym Zamawiający wymaga, aby maksymalny czas oczekiwania na badania wynosił maksymalnie do 3 dni).

V. Wskazanie osób odpowiedzialnych za realizację zamówienia z podaniem nr telefonu, na który składane będą zlecenia na konsultacje.

.....

.....

.....

VI. Oświadczenie Oferenta:

Przystępując do postępowania o udzielenie zamówienie na świadczenia zdrowotne oświadczam, że dysponuję n/w personelem zdolnym do należytego wykonania przedmiotu zamówienia, tj.: posiadającym odpowiednie wykształcenie, doświadczenie i kwalifikacje zawodowe, zgodnie z obowiązującymi przepisami.

Lp.	Nazwisko i imię	Stanowisko	Posiadane kwalifikacje i uprawnienia
1.			
2.			
3.			
4.			

- oświadczam, że zapoznałem się i akceptuję treść ogłoszenia i szczegółowe warunki zamówienia,
- oświadczam, że uważam się za związanego niniejszą ofertą na okres 30 dni od terminu składania oferty wskazanego w ogłoszeniu o postępowaniu,
- oświadczam, że w razie wyboru przedstawionej oferty zobowiązuję się do zawarcia umowy na warunkach określonych w ofercie i wg wzoru przedstawionego przez Zamawiającego,
- oświadczam, że spełniam wymagania określone przez Narodowy Fundusz Zdrowia w standardach pracowni, wykonującej badanie USG jeśli dotyczy,
- oświadczam, że uznaję prawo Narodowego Funduszu Zdrowia do przeprowadzenia kontroli na zasadach określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tj. Dz. U. z 2024 r., poz. 146 z późn. zm.).

.....
podpis Oferenta