

.....  
/pieczęć nagłówkowa oferenta/

.....  
miejscowości i data

**Szpital w Pyskowicach sp. z o.o.**

**44-120 Pyskowice**

**ul. Szpitalna 2**

## **Formularz ofertowy dla zadania nr 7**

**Imię i nazwisko**

**/nazwa:.....**

.....

**Nr wpisu do ewidencji o działalności gospodarczej.....**

**NIP..... REGON.....**

**Nr telefonu.....**

**Adres działalności gospodarczej : .....**

.....

.....

**Adres do korespondencji ( w przypadku gdy nie pokrywa się z adresem działalności  
gospodarczej):.....**

.....

**Przedmiotem niniejszej oferty jest udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie:**

.....

.....

.....

.....

### **Oświadczenie**

**Oświadczam, że posiadam kwalifikacje niezbędne do udzielania świadczeń  
zdrowotnych, w tym:**

- 1. dyplom ukończenia studiów/ szkoły**
- 2. prawo wykonywania zawodu,**
- 3. aktualna polisa ubezpieczeniowa od odpowiedzialności cywilnej**
- 4. wpisu do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej RP.**

5. Oświadczam, że dostarczę w/w dokumenty do wglądu w przypadku wyboru mojej oferty, a przed podpisaniem umowy.

Oferent na wezwanie oferenta dostarczy do wglądu oryginały w/w dokumentów.

1. Cena za udzielanie świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej

a) cenę brutto..... za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w dni powszednie od godz. 18.00 do godziny 8.00 dnia następnego.

b) cenę brutto..... za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w soboty, niedziele i święta od godz. 8.00 do godziny 8.00 dnia następnego,

2. Cena za udzielanie świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej w miejscu zamieszkania lub pobytu świadczeniobiorcy (pacjenta) :

**Oświadczam, że:**

1. Zapoznałem się z treścią ogłoszenia o konkursie , szczegółowymi warunkami konkursu ofert i nie zgłaszam żadnych zastrzeżeń.
2. Świadczenia zdrowotne objęte konkursem będę udzielać w siedzibie udzielającego \* zamówienie oraz przy użyciu sprzętu należącego do udzielającego zamówienia.
3. Posiadam aktualne ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej (OC) na minimalna kwotę gwarantowaną w wysokości zgodnie z wymogami Rozporządzeniem Ministra Finansów w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą z dnia 29 kwietnia 2019r.(Dz.U. 2019r. poz. 866).
4. W przypadku wyboru mojej oferty, umowa zostanie zawarta na warunkach określonych przez Udzielającego Zamówienie oraz miejscu i terminie wskazanym przez Udzielającego zamówienia.
5. Okres związania ofertą wynosi 30 dni od dnia upływu terminu do składania ofert.
6. Oświadczam , że Udzielający zamówienia nie rozwiązał ze mną umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie objętym przedmiotem niniejszego postępowania z przyczyn leżących po stronie oferenta
7. Deklaruje minimalna liczbę godzin wykonywanych w miesiącu w ramach realizowanych świadczeń zdrowotnych .....
- 8.

\*Oświadczenie w pkt 2 w zakresie miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych dotyczy nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej w warunkach ambulatoryjnych.

.....

/podpis oferenta /