

.....
pieczętka Oferenta

..... dnia

O F E R T A

w konkursie na udzielanie świadczeń zdrowotnych w Samodzielnym Publicznym Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Szczecinie **w zakresie**

I. DANE OFERENTA

1. imię i nazwisko

.....

2. Adres z kodem*.....

3. tel. * e-mail

4. NIP* REGON*

II. PRZEDMIOT OFERTY

1. Oferuję udzielanie świadczeń zdrowotnych w wyżej wymienionym zakresie w SPWSZ w Szczecinie.
2. Oświadczam, że posiadam odpowiednie uprawnienia do wykonywania zawodu, zgodnie z wymaganiami stawianymi w SWKO oraz obowiązującymi powszechnie przepisami.
3. Oświadczam, że świadczenia będą wykonywane na poziomie zgodnym z przyjętymi standardami, wymogami Narodowego Funduszu Zdrowia, z zachowaniem przepisów sanitarnych, p.poż., BHP z uwzględnieniem najnowszych osiągnięć w tej dziedzinie.
4. Gwarantuję ciągłość świadczeń bez naruszenia warunków zawartej umowy.
5. Oświadczam, że posiadam:* lat/miesiący doświadczenia zawodowego w zakresie, w tym* lat/ miesiący doświadczenia zawodowego w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w SPWSZ w Szczecinie (umowa o pracę, umowa cywilno-prawna).
6. Oświadczam, iż prowadzę działalność gospodarczą w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej (Dz. U. z 2016 r., poz. 1829 z późn. zm..) zgłoszoną do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (w załączeniu wydruk wpisu).
7. Oświadczam, że w ramach prowadzonej działalności zatrudniam/nie zatrudniam (*niepotrzebne skreślić*) pracowników/zleceniobiorców.

III. WARTOŚĆ I ZAKRES OFERTY

Lp.	Zakres - nazwa	Cena jednostkowa brutto (ryczałt / stawka za godzinę / % od procedury lub limitu)
1.	2.	4.
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

6.		
7.		
8.		

IV. ISTOTNE WARUNKI UMOWY

1. Oświadczam, że akceptuję istotne dla Udzielającego zamówienia postanowienia zawarte we wzorze umowy. Oświadczam, że w przypadku akceptacji oferty i ewentualnie po przeprowadzonych rokowaniach zobowiązuję się do podpisania umowy na warunkach zawartych w dokumentach konkursu, zgodnie z wzorem umowy.
2. Zobowiązuję się do zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z realizacją umowy oraz dostarczenia kopii polisy Udzielającemu zamówienia najpóźniej w dniu zawarcia umowy w przypadku wyboru mojej oferty (najpóźniej z dniem rozpoczęcia udzielania świadczeń zdrowotnych).

V. POTWIERDZENIE SPEŁNIENIA WYMOGÓW KONKURSU

1. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia, szczegółowymi warunkami konkursu ofert oraz wzorem umowy i nie zgłaszam zastrzeżeń.
2. Termin ważności oferty wynosi 30 dni od dnia w którym upływa termin do składania ofert.

VI. ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.
9.
10.
11.
12.

* - wypełnić /podać/.

podpis Oferenta