



Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
Szpital im. dr. J. Dietla w Krynicy-Zdroju

ul. Kraszewskiego 142, 33-380 Krynica-Zdrój, tel. 018-471-28-00, 018-471-28-07, fax. 018-471-23-38
nip: 734-26-31-078, regon: 000300587, email: spzoz@szpital-krynica.pl, web: www.szpital-krynica.pl

..... dn. 2022

OD :

.....
(nazwa oferenta)

.....

.....
(pełny adres siedziby oferenta)

Nr telefonu:.....

NIP

Regon:.....

Nr prawa wykonywania zawodu.....

NR

KONTA:

.....

FORMULARZ OFERTY

DLA :

**SP ZOZ Szpital im dr J.Dietla
w Krynicy-Zdroju**

**ul. Kraszewskiego 142
33 -380 Krynica-Zdrój**

Nawiązując do wzięcia udziału w pisemnym konkursie ofert na
**świadczenia zdrowotne w zakresie wykonywania badań przewodu
pokarmowego- Gastroskopia, Kolonoskopia**
oferuję / my :

Cenę brutto za jeden pkt rozliczeniowy w ramach realizacji świadczeń określonych w punkcie
III „ Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert”..... zł – gastroskopia,
kolonoskopia-zł

ponadto :

- oświadczam/y , że zapoznałem / zapoznaliśmy się z treścią ogłoszenia, Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert, oraz z projektem umowy i nie wnoszę / wnosimy do nich zastrzeżeń,
- oświadczam /y , że nie zalegam/y z opłatami składek ZUS na ubezpieczenie społeczne oraz należnych podatków na rzecz US
- oświadczam /y, iż posiadam / my wymagane prawem kwalifikacje do wykonania przedmiotu zamówienia
- oświadczam / y, iż na dzień rozpoczęcia wykonywania usług zdrowotnych nie będę/nie będziemy związany/ni umową o pracę z SP ZOZ Szpital im dr J.Dietla w Krynicy-Zdroju w zakresie realizacji przedmiotu zamówienia
- oświadczam / y, iż świadczenia medyczne określone umową wykonywać będę od dnia



Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
Szpital im. dr. J. Dietla w Krynicy-Zdroju

ul. Kraszewskiego 142, 33-380 Krynica-Zdrój, tel. 018-471-28-00, 018-471-28-07, fax. 018-471-23-38
nip: 734-26-31-078, regon: 000300587, email: spzoz@szpital-krynica.pl, web: www.szpital-krynica.pl

01.01.2023r. – na czas wykonywania przez Udzielającego zamówienia świadczeń zdrowotnych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w ramach realizacji umowy zawartej z NFZ począwszy od dnia 01.01.2023r. - lub późniejszym - ustalonym z Dyrektorem Szpitala,

- deklaruje/ emy podpisanie umowy na warunkach i czas wskazany w Szczegółowych Warunkach Konkursu w miejscu i terminie wyznaczonym przez Szpital
- oświadczam/y, że w terminie umożliwiającym podpisanie umowy na realizację przedmiotu zamówienia dostarczę/ymy wszystkie niezbędne dokumenty, w tym polisę ubezpieczenia OC zawartą zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami
- deklaruje/ emy, że wszystkie oświadczenia i informacje zawarte w niniejszej ofercie są kompletne, prawdziwe i dokładne w każdym szczególe.

Załączniki :

1. Dyplom Ukończenia Akademii Medycznej
2. Prawo Wykonywania Zawodu Lekarza
3. Potwierdzenia posiadanych specjalizacji i ukończonych szkoleń
4. inne : podać jakie.....
5. inne : podać jakie.....
6. inne : podać jakie.....

.....
Data, podpis