



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 udzielenie świadczeń zdrowotnych w poradni Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej

oferuję / my :

Cenę brutto za jeden pkt rozliczeniowy w ramach realizacji świadczeń określonych w punkcie III „ Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert” – ..... 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 **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 01.01.2023. - lub późniejszym - ustalonym**



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

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