Załącznik nr 1 do SWKO

Dotyczy konkursu ofert na udzielenie zamówienia w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych przez lekarzy obejmujące kompleksowe zabezpieczenie usług w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii w Szpitalu Specjalistycznym im. Edmunda Biernackiego w Mielcu

FORMULARZ OFERTY

1. Oświadczam, iż oferuję wykonanie przedmiotu konkursu określonego w szczegółowych warunków konkursu.
2. Oświadczam, że w cenie oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty realizacji zamówienia, oraz że cena nie zostanie zmieniona w trakcie wykonywania przedmiotu zamówienia.
3. Oświadczam, że wykonam przedmiot umowy na zasadach określonych w szczegółowych warunkach konkursu i w terminach uzgodnionych z Udzielającym zamówienie.
4. Oświadczam, że wykonam przedmiot konkursu z należytą starannością, zgodnie   
   z obowiązującymi przepisami prawa oraz zasadami sztuki medycznej.
5. Oświadczam, że kwota wskazana w formularzu cenowym obejmuje wszystkie koszty jakie Przyjmujący Zamówienie zobowiązany będzie ponieść w związku z wykonaniem przedmiotowego zamówienia (tj. koszty badań profilaktycznych, koszty dojazdu, koszty przeszkolenia w szczególności w zakresie bhp oraz „ochrony radiologicznej pacjenta", koszty ubioru, zgodnie z wymogami prawa i zasadami obowiązującymi   
   u Udzielającego zamówienie).

Oświadczam, że:

1. Zapoznałem się z treścią ogłoszenia i dokumentacją konkursową (SWKO wraz ze wszystkimi załącznikami) i nie wnoszę zastrzeżeń do ich treści;
2. Otrzymana dokumentacja konkursowa jest wystarczająca do złożenia oferty;
3. Akceptuję projekt umowy, w tym w szczególności kary umowne i warunki zapłaty za wykonanie przedmiotu zamówienia.
4. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych dla celów postępowania konkursowego.
5. Oświadczam, ze oferta składa się z ponumerowanych stron.

Dane osoby/pełnomocnika/przedstawiciela1 ubiegającej się o świadczenie usług zdrowotnych

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa oferenta |  |
| Adres wraz z kodem pocztowym |  |
| Numer telefonu |  |
| Numer faxu |  |
| Adres e-mail |  |
| Imię i Nazwisko osoby lub osób uprawnionych do reprezentowania oferenta |  |
| REGON |  |
| NIP |  |
| Nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą |  |
| Data i numer wpisu do KRS lub data wpisu do CEIDG |  |
| Nazwa banku i numer konta bankowego oferenta |  |

(Data i podpis Oferenta)