

O F E R T A

na wykonywanie świadczeń zdrowotnych w zakresie Usług medycznych -

.....
.....
NAZWA OFERENTA:

.....
.....
ADRES:

.....
.....
ORGAN REJESTROWY:

Kapitał zakładowy w wysokości :

REGON: NIP:

PESEL.....

1. Przedmiotem oferty jest:

udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie:

.....
.....
na rzecz Powiatowego Zakładu Opieki Zdrowotnej z siedzibą w Starachowicach przy ul. Batalionów Chłopskich 6, zwanego dalej "Udzielającym zamówienia" - według wymogów wskazanych w załączniku nr 1 do Ogłoszenia o Konkursie Ofert (zadania 1).

2. Składający ofertę oferuje :

Cenę (wartość) świadczeń zgodnie z warunkami konkursu ofert oraz z wykazem świadczeń określonym w załączniku nr 1, obliczoną jako suma (liczby świadczeń pomnożona przez ich cenę jednostkową):

- proszę wpisać nr zadania którego dotyczy oferta

Zadanie nr

netto: PLN,

słownie:

brutto: PLN,

słownie:

Ciągłość (w dniu złożenia oferty oferent realizuje proces leczenia, którego dotyczy postępowanie nieprzerwanie od - podać liczbę lat):

.....LAT

3. Składający ofertę oświadcza, że:

- 1) Zobowiązuje się do utrzymania niezmiennej ceny za realizację świadczeń zdrowotnych przez okres trwania umowy.
- 2) Podpisze umowę na udzielanie świadczeń, która będzie wykonywana w czasie określonym w niniejszym ogłoszeniu.
- 3) Jest uprawniony do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych niniejszym konkursem, posiada uprawnienia do występowania w obrocie prawnym zgodnie z wymogami ustawowymi, posiada niezbędną wiedzę i doświadczenie, posiada niezbędny potencjał techniczny, dysponuje osobami zdolnymi do wykonania zamówienia, znajduje się w sytuacji finansowej zapewniającej należyte wykonanie zamówienia.
- 4) Nie została z Nim rozwiązana przez oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia umowa o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej w określonym rodzaju lub zakresie w trybie natychmiastowym z przyczyn leżących po stronie świadczeniodawcy.
- 5) Nie dotyczy/dotyczy* oferenta obowiązek posiadania pozytywnej opinii, o której mowa w art. 95 d ust 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (jeśli dotyczy w załączeniu opinia).

4. Wykaz załączników do oferty:

Dokumenty i oświadczenia wskazane w Rozdziale X Ogłoszenia o Konkursie wraz ze szczegółowymi warunkami konkursu wg kolejności:

- a)
- b).....
- c).....
- d).....

..... dnia

.....

(podpis i pieczęć Oferenta)

**niepotrzebne skreślić lub właściwe zaznaczyć*