

### FORMULARZ OFERTOWY

Zgłaszam ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych na rzecz pacjentów Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Wieluniu.

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Dane oferenta:</b><br><br>Imię i nazwisko oferenta<br>.....<br>Nazwa oferenta zgodnie z danymi rejestrowymi<br>.....<br><b>Adres siedziby firmy:</b><br>Ulica i numer: .....<br>Kod pocztowy: .....<br>Miejscowość: .....<br>Numer telefonu: .....<br>NIP: .....<br>REGON: .....<br><b>Adres do korespondencji (w przypadku, gdy jest inny niż adres siedziby firmy):</b><br>Ulica i numer: .....<br>Kod pocztowy: .....<br>Miejscowość: ..... |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Oferuję udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania badań w zakresie diagnostyki oraz terapii obturacyjnego bezdechu sennego dla pacjentów w Oddziale Pulmonologii w SPZOZ w Wieluniu.

**Proponowana przez Oferenta:**

|                                                                                                                               |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Wartość brutto (w zł) za wykonanie 1 badania, w przypadku wykonania nie więcej niż 17 badań miesięcznie                       |  |
| Wartość brutto (w zł) za wykonanie 1 badania wykonanie jednego badania, w przypadku wykonania więcej niż 17 badań miesięcznie |  |

**1. Oświadczam, że do niniejszej oferty załączam (zaznaczyć):**

- oświadczenie Oferenta o zapoznaniu się z treścią ogłoszenia, umowy oraz szczegółowymi warunkami ofert na formularzu stanowiącym **załącznik nr 1** do niniejszych warunków,
- aktualny wypis z właściwego rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą,
- aktualny wypis z Krajowego Rejestru Sądowego, w przypadku podmiotów podlegających wpisowi do KRS, a dla podmiotów nie podlegających wpisowi KRS – aktualny wypis z Centralnej Ewidencji i Informacji Działalności Gospodarczej,
- Aktualną polisę obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności zgodnie z Rozporządzeniem Ministra finansów z dnia 29 kwietnia 2019 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2019 r., poz. 866) lub oświadczenie Oferenta o dostarczeniu jej najpóźniej w dniu zawarcia umowy,
- wykaz personelu, który realizował będzie świadczenia stanowiące przedmiot zamówienia,
- pełnomocnictwo wystawione zgodnie ze szczegółowymi warunkami konkursu ofert, o ile oferta składana jest przez osobę upoważnioną do występowania w imieniu Oferenta,
- inne, (jakie?).....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Będąc świadomym konsekwencji wynikającym z poświadczenia nieprawdy oświadczam, że podane dane są prawdziwe i mają odzwierciedlenie w stanie faktycznym**

---

**data, podpis i pieczęć Oferenta**