Szpital Wojewódzki w Poznaniu
ul. Juraszów 7/19
60-479 Poznań, tel. (61) 821-22-00

Z-ca Dyrektora ds. Medycznych

Zatwierdzam: ....

dr hab. n. med. Ilona Idasiak-Piechocka

Załącznik nr 1 do SWKO

FORMULARZ OFERTOWY

1. Nazwa Oferenta:

____

2. Adres oferenta:

____

3. Zarejestrowany w:

____

4. Numer NIP:

____

5. Numer REGON:

____

6. Nr telefonu:

____

7. Kwota należności za realizację zamówienia:

Za wykonane usługi będzie przysługiwała należność:

a) .... złotych brutto *(słownie: .... 00/100 złotych brutto)* za 1 godzinę udzielania świadczenia w podstawowej ordynacji czasu pracy;

b) .... złotych brutto *(słownie: .... 00/100 złotych brutto)* za 1 godzinę udzielania świadczenia podczas pełnienia dyżuru medycznego;

8. Czas trwania umowy :..

9. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert w sprawie o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne w Szpitalu Wojewódzkim w Poznaniu.

10. Oświadczam, że zapoznałem się z warunkami konkursu i treścią umowy i nie wnoszę do nich żadnych zastrzeżeń.

11. Oświadczam, że nie jest stroną umowy zwartej z NFZ w zakresie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej - tym samym nie zachodzą przesłanki, o których mowa w art. 133 w zw. z art. 132 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t. j. Dz. U. z 2024 r. poz. 146 z późn. zm.),

12. Imię i nazwisko osoby uprawnionej do reprezentowania Oferenta:

____

____

(czytelny podpis i pieczątka Oferenta
lub osoby uprawnionej do jego, data, miejscowość)