

Zatwierdzam:

Załącznik nr 1 do Warunków Konkursu Ofert

FORMULARZ OFERTOWY

1. Nazwa Oferenta:

2. Adres oferenta:

3. Zarejestrowany w:

4. Numer NIP:

5. Numer REGON:

6. Nr telefonu:

7. Nr prawa wykonywania zawodu:

8. Adres e-mail:

9. Proponowana kwota należności za realizację zamówienia (cena jednostkowa):

- a) złotych brutto (słownie: ⁰⁰/100 złotych brutto)
za 1 godzinę udzielania świadczeń w podstawowej ordynacji czasu pracy,
- b) złotych brutto (słownie: ⁰⁰/100 złotych brutto)
za 1 godzinę pełnienia dyżuru medycznego,
- c) wartości wykonanej procedury chirurgicznej.

10. Czas trwania umowy :.....

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

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

13. 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),

14. Imię i nazwisko osoby uprawnionej do reprezentowania Oferenta:

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