

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 (cena brutto):

a) złotych brutto miesięcznie (słownie: ⁰⁰/100
złotych brutto miesięcznie);

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:

Z-ca Dyrektora ds. Medycznych

dr hab. n. med. Irena Idasiak-Plechocka

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