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

Z-ca D[illegible] [illegible]dycznych

Zatwierdzam: dr hab. [illegible] [illegible]siak-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:**
   a. Za pełnienie funkcji Kierownika Oddziału Okulistycznego przysługuje stawka w wysokości ..... złotych brutto miesięcznie *(słownie: .....złotych brutto miesięcznie 00/100)*;
   b. za świadczenie usług określonych w § 1 ust. 1 pkt b) umowy przysługuje stawka godzinowa w wysokości .....złotych brutto *(słownie: ..... złotych brutto 00/100)*;
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)