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:**

   .... zł (słownie: .... złotych 00/100) brutto za jeden punkt rozliczeniowy;

   lub

   ....% wartości punktu rozliczeniowego w ramach umów podpisanych przez Udzielającego zamówienie z NFZ.

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)