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

Z-ca Dyrektora ds. Medycznych

Zatwierdzam: dr hab. ... Ilona Idaszak-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 (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:

_____

_____

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