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

Z-ca Dyrektora ds. Medycznych
dr hab. n. med. Ilona Gdaniak-Piechocka
Zatwierdzam: .....

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:**
   Z tytułu samodzielnie świadczonych usług Przyjmującemu zamówienie będzie przysługiwała należność w wysokości: ..... zł brutto (słownie: ..... złotych 00/100) za jedną godzinę pracy w podstawowej ordynacji czasu pracy.
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)