

.....  
/pieczęć nagłówkowa oferenta/

.....  
/miejsowość i data/

**SZPITAL POWIATOWY  
W RADOMSKU  
97-500 Radomsko  
ul. Jagiellońska 36**

**OFERTA  
NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH**

Imię i nazwisko/Nazwa: .....

Nr wpisu do ewidencji o działalności gospodarczej/Nr KRS.....

NIP ..... REGON .....

Nr telefonu .....

Adres działalności gospodarczej .....

Adres do korespondencji (w przypadku gdy nie pokrywa się z adresem działalności gospodarczej)

.....  
Przedmiotem niniejszej oferty jest udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie:

Zakres posiadanych kwalifikacji potwierdzam następującymi dokumentami:

1. ....
2. ....
3. ....
4. ....
5. ....
6. ....

Za udzielanie wyżej opisanych świadczeń proponuję:

1) cenę brutto ..... za świadczenie usługi za dzień roboczy  
Dla potrzeb niniejszego postępowania i rozliczenia usługi za dzień świadczenia usługi rozumie się średnio 7 godzin przypadających w danym dniu, przy czym średnia godzin będzie ustalana dla okresów obejmujących miesiące kalendarzowe, a dzienna liczba godzin będzie określana bieżącym zapotrzebowaniem Udzielającego zamówienie.

2) cenę brutto ..... za świadczenie usługi za dzień w dni wolne od pracy, niedziele i święta, niezależnie od ilości godzin świadczonej pracy. Dla potrzeb niniejszego postępowania i rozliczenia usługi za dzień świadczenia usługi rozumie się średnio 7 godzin przypadających w danym dniu, przy czym średnia godzin będzie ustalana dla okresów obejmujących miesiące kalendarzowe, a dzienna liczba godzin będzie określana bieżącym zapotrzebowaniem Udzielającego zamówienie.

### **OŚWIADCZAM, ŻE:**

1. Zapoznałem się z treścią ogłoszenia o konkursie, „Szczegółowymi warunkami konkursu ofert” i nie zgłaszam żadnych zastrzeżeń.
2. Świadczenia zdrowotne objęte konkursem będę udzielać w siedzibie wskazanej przez udzielającego zamówienia oraz przy użyciu sprzętu należącego do Udzielającego zamówienia.
3. Posiadam aktualne ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej (OC) na minimalną kwotę gwarantowaną w wysokości .....
4. W przypadku wyboru mojej / naszej oferty, umowa zostanie zawarta na warunkach określonych przez Udzielającego Zamówienie oraz miejscu i terminie wskazanym przez Udzielającego Zamówienia.
5. Okres związania ofertą wynosi do 30 dni od terminu składania ofert.
6. Oświadczam, że Szpital Powiatowy w Radomsku nie rozwiązał ze mną umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie objętym przedmiotem niniejszego postępowania z przyczyn leżących po stronie oferenta.
7. Deklaruję minimalną liczbę godzin wykonywanych w miesiącu w ramach realizowanych świadczeń zdrowotnych: .....
8. Oświadczam, że świadczenia zdrowotne w w/w zakresie udzielałem przez okres .....lat i zobowiązuję się do okazania na żądanie udzielającego zamówienie dokumentów potwierdzających wskazaną ilość lat praktyki.

.....  
/ pieczęć i podpis oferenta /