

**O F E R T A**  
**na wykonywanie świadczeń zdrowotnych w nw. zakresie**

**NAZWA OFERENTA:**

.....  
 .....

**ADRES:**

.....  
 .....

**REGON:** ..... **NIP:** .....

**PESEL**.....

**ORGAN REJESTROWY:** .....

**Kapitał zakładowy w wysokości:** .....

**1. Przedmiotem oferty jest:**

udzielanie świadczeń zdrowotnych w **ZAKRESIE:**

.....  
 .....

na rzecz Powiatowego Zakładu Opieki Zdrowotnej z siedzibą w Starachowicach przy ul. Batalionów Chłopskich 6, zwanego dalej "Udzielającym zamówienia" – według wymogów wskazanych w załączniku nr 1 do Ogłoszenia o Konkursie Ofert (zadania 1).

**2. Składający ofertę oferuje :**

**Cenę** (wartość) świadczeń zgodnie z warunkami konkursu ofert oraz z wykazem świadczeń określonym w załączniku nr 1, obliczoną jako suma (liczby świadczeń pomnożona przez ich cenę jednostkową):

– proszę wpisać nr zadania którego dotyczy oferta

**ZADANIE NR** .....

**Cena:**

**jednostkowa netto:** .....**PLN** (odpowiednio jak w zał. nr 1 za procedurę/godzinę itd.)

**jednostkowa brutto:**.....**PLN**

**Cena netto:** ..... **PLN,**

słownie: .....;

**Cena brutto:** ..... **PLN,**

słownie: .....;

(odpowiednio jak w zał. nr 1 łączna kwota)

**Ciągłość:**

(w dniu złożenia oferty oferent realizuje proces leczenia, którego dotyczy postępowanie nieprzerwanie od – *podać liczbę lat*):

.....LAT

**3. Składający ofertę oświadcza, że:**

- 1) Zobowiązuje się do utrzymania niezmiennej ceny za realizację świadczeń zdrowotnych przez okres trwania umowy.
- 2) Podpisze umowę na udzielanie świadczeń, która będzie wykonywana w czasie określonym w niniejszym ogłoszeniu.
- 3) Jest uprawniony do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych niniejszym konkursem, posiada uprawnienia do występowania w obrocie prawnym zgodnie z wymogami ustawowymi, posiada niezbędną wiedzę i doświadczenie, posiada niezbędny potencjał techniczny, dysponuje osobami zdolnymi do wykonania zamówienia, znajduje się w sytuacji finansowej zapewniającej należyte wykonanie zamówienia.
- 4) Nie została z Nim rozwiązana przez oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia umowa o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej w określonym rodzaju lub zakresie w trybie natychmiastowym z przyczyn leżących po stronie świadczeniodawcy.
- 5) Nie dotyczy/dotyczy\* oferenta obowiązek posiadania pozytywnej opinii, o której mowa w art. 95 d ust 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (jeśli dotyczy w załączeniu opinia).

**4. Wykaz załączników do oferty:**

Dokumenty i oświadczenia wskazane w Rozdziale X Ogłoszenia o Konkursie wraz ze szczegółowymi warunkami konkursu wg kolejności:

- a) .....
- b).....
- c).....
- d).....

Starachowice, dnia .....

.....

*(podpis i pieczętka Oferenta)*

*\*niepotrzebne skreślić lub właściwie zaznaczyć*