

## O F E R T A

na wykonywanie świadczeń zdrowotnych w zakresie Usług medycznych -

.....  
 NAZWA OFERENTA:

.....  
 ADRES:

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

Kapitał zakładowy w wysokości : .....

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

PESEL.....

**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 .....**

netto: ..... PLN,

słownie: .....

brutto: ..... PLN,

słownie: .....

**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 niezmienną cenę 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).....

..... dnia .....

.....

**(podpis i pieczęć Oferenta)**

*\*niepotrzebne skreślić lub właściwie zaznaczyć*