***………………………………. …...……., dnia ....... ...... 2020 r.***

(pieczęć firmowa)

### FORMULARZ OFERTY

**Dane Oferenta**

1. Imię i nazwisko / Nazwa\*: ………………………………………………………………………………
2. Miejsce zamieszkania / Siedziba\*: ………………………………………………………………………………
3. Numer PESEL / KRS\*.......................................
4. Numer NIP\*: ……………………………………….
5. Numer REGON\*: ………………………………….
6. Numer prawa wykonywania zawodu ...........................................................................................
7. Imię i nazwisko osoby reprezentującej Oferenta: ........................................................................................
8. Tel........................................fax\*. .................................... e-mail.................................................................

Oświadczam, że po zapoznaniu się z treścią ogłoszenia i Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert nr 13/05/2020 na wykonywanie świadczeń zdrowotnych w komórkach organizacyjnych Szpitala Powiatu Bytowskiego Sp. z o.o. zgłaszam swoją ofertę na wykonywanie świadczeń zdrowotnych w zakresie:

**świadczenia usług pielęgniarskich i koordynowaniu Zakładem Opiekuńczo Leczniczym**

1. Oświadczam, że zapoznałem(am) się z treścią ogłoszenia oraz z Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert i nie wnoszę do nich zastrzeżeń, oraz że uzyskałem(am) wszystkie konieczne informacje do przygotowania niniejszej oferty.
2. Oświadczam, że akceptuję postanowienia zawarte we wzorze umowy i w przypadku wyboru mojej oferty zobowiązuję się do jej zawarcia, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego Zamówienia.
3. Oświadczam, że w przypadku wyboru mojej oferty zobowiązuję się do dostarczenia w dniu zawarcia umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych, a w uzasadnionych przypadkach najpóźniej w terminie do dnia rozpoczęcia realizacji świadczeń wynikających z umowy, kopii polisy ubezpieczenia OC za szkody wyrządzone w związku z udzieleniem świadczeń w zakresie przedmiotu zamówienia na okres obowiązywania umowy, potwierdzającą zawarcie umowy obowiązkowego ubezpieczenia zgodnie z zasadami określonymi w art. 25 ustawy o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011 r. albo umowy dobrowolnego ubezpieczenia, z rozszerzeniem na odpowiedzialność za szkodę spowodowaną zarażeniem wirusowym zapaleniem wątroby i wirusem HIV.
4. Oświadczam, że nie toczą się wobec mnie żadne postępowania sądowe, administracyjne, dyscyplinarne i inne w przedmiocie odpowiedzialności związanej z wykonywaniem zawodu.

**Zastrzeżenie Oferenta**

Niżej wymienione dokumenty/część oferty nie mogą być ogólnie udostępnione:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Uzasadnienie:**

………………………………………………………………………………………………

....................................................................................................................................

**Proponowana kwota należności za udzielanie świadczeń zdrowotnych wynosi:**

***……. zł*** za godzinę świadczeń koordynacji pielęgniarskiej oddziałem

Proponowana liczba godzin usług świadczonych w miesiącu wynosi: ...................... (maksymalnie 160 godz.)

***……. zł*** za godzinę świadczeń opieki pielęgniarskiej w oddziale

Proponowana liczba godzin ( dyżury) usług świadczonych w miesiącu wynosi: ................. (maks. 200 godz.)

Proponowany czas trwania umowy wynosi ............................ miesięcy od dnia 01.06.2020r.

.................................................................

(podpis i pieczęć osoby reprezentującej Oferenta)

Wykaz załączników:

1. .................