

FORMULARZ OFERTOWY

W POSTĘPOWANIU KONKURSOWYM NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
W ZAKRESIE: stomatologii dla dzieci, ginekologii i położnictwa, otolaryngologii, chirurgii ogólnej
- nr referencyjny: KO/2/2019 r.

prowadzonym przez Miejskie Centrum Medyczne „Polesie” w Łodzi

Oferta dotyczy realizacji części ... w zakresie

Pełna nazwa oferenta:

.....
.....

Adres oferenta: (województwo, kod, miejscowość, ulica, nr domu, nr lokalu)

.....
...

Numer telefonu.....

Adres e-mail

Numer fax.....

Numer NIP.....

Numer REGON.....

Numer rejestru podmiotu leczniczego.....

Numer KRS (jeśli dotyczy).....

1. Niniejszym zgłaszamy gotowość przystąpienia do konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych nr referencyjny KO/2/2019r., zgodnie z treścią Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert.
2. Niniejszym oświadczam, że:
 - 1) Zapoznałam/łem się z treścią ogłoszenia i Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert w przedmiocie konkursu i nie wnoszę do nich zastrzeżeń oraz uzyskałam/łem wszystkie informacje i wyjaśnienia konieczne do przygotowania oferty,
 - 2) spełniam niezbędne warunki w zakresie kwalifikacji,
 - 3) czuję się związana/y niniejszą ofertą na czas wskazany w SWKO,
 - 4) zapoznałam/łem się z warunkami umowy określonymi w załączniku nr 3 do SWKO i akceptuję je bez zastrzeżeń oraz zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego zamówienia,
 - 5) zobowiązuję się do wypełniania swoich obowiązków, zgodnie ze sposobem organizacji oraz harmonogramem czasu pracy uzgodnionym z Udzielającym zamówienia,
 - 6) zobowiązuję się do zachowania tajemnicy i wykorzystania informacji uzyskanych w wyniku postępowania konkursowego wyłącznie do celów ofertowych,

- 7) zobowiązuję się do żądania zapłaty za wykonane usługi w terminie 14 dni licząc od daty wpłynięcia faktury do siedziby Udzielającego zamówienia,
 - 8) nie zostałam/łem skazana/y za przestępstwo umyślne ani nie toczy się w stosunku do mnie postępowanie karne za przestępstwo umyślne.
3. Proponuję/emy następującą cenę na świadczenia zdrowotne, będące przedmiotem konkursu ofert, obowiązujące w okresie obowiązywania umowy.

Zakres udzielanych świadczeń *	Oferowana cena odpowiednio**:
	<ol style="list-style-type: none"> 1) procentowe wynagrodzenie Przyjmującego zamówienie w stosunku do świadczeń zakontraktowanych przez Udzielającego zamówienia z Narodowym Funduszem Zdrowia . 2) oferowana stawka za godzinę.

* Oferent wpisuje odpowiednio: stomatologii dla dzieci, ginekologii i położnictwa, otolaryngologii, chirurgii ogólnej.

** Oferent wpisuje odpowiednio stawkę procentową lub za godzinę wpisując % lub **zł/h.**

.....
Data i Podpis Oferenta