

**FORMULARZ OFERTOWY**

W POSTĘPOWANIU KONKURSOWYM NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH  
W ZAKRESIE **ortopedii** - nr referencyjny: KO/1/2020 r. prowadzonym przez Miejskie Centrum  
Medyczne „Polesie” w Łodzi

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 w zakresie ORTOPEDII nr referencyjny KO/1/220 r., 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, obowiązującą w okresie obowiązywania umowy.

|  |         |
|--|---------|
| <b>Oferowana cena</b>  |         |
| - procentowe wynagrodzenie Przyjmującego zamówienie w stosunku do świadczeń zakontraktowanych przez Udzielającego zamówienia z Narodowym Funduszem Zdrowia | ..... % |

.....  
Data i Podpis Oferenta