

Załącznik nr 1

.....  
Miejscowość i data

**FORMULARZ OFERTOWY**  
**Ankieta ofertowa na wykonywanie świadczeń medycznych**

Zgłaszam swoją ofertę na wykonywanie świadczeń zdrowotnych w rodzaju:

**Wykonywanie przesiewowych badań kolonoskopowych pacjentów zakwalifikowanych do udziału w projekcie „Lepiej zapobiegać niż leczyć – profilaktyka nowotworu jelita grubego”.**

Oferent:

.....  
Adres do korespondencji

.....  
NIP ..... REGON .....

Nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą

.....  
Nazwa Banku, nr konta .....

.....  
Proponowana minimalna liczba zrealizowanych świadczeń .....

.....  
Proponowana maksymalna liczba zrealizowanych świadczeń .....

.....  
Proponowana cena za wykonanie jednego świadczenia .....

Oświadczam, że:

1. Oferowana cena za jedno świadczenie jest ceną stałą, uwzględniającą wszystkie uwarunkowania wpływające na jej wysokość.
2. Zapoznałem/-łam się z treścią Szczegółowych informacji o warunkach konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych i nie wnoszę do niej zastrzeżeń.
3. Zobowiązuję się do wykonania przedmiotu zamówienia zgodnie z opisem przedmiotu zapytania.
4. Posiadam niezbędną wiedzę i doświadczenie do wykonania świadczeń.
5. W przypadku wybrania mojej oferty jestem gotowy/a do podpisania umowy

*„Lepiej zapobiegać niż leczyć – profilaktyka nowotworu jelita grubego”*

*Projekt współfinansowany przez Unię Europejską z Europejskiego Funduszu Społecznego, w ramach RPO WZ 2014-2020, Oś priorytetowa VI Rynek pracy, Działanie 6.8. Wdrożenie kompleksowych programów zdrowotnych dotyczących chorób negatywnie wpływających na rynek pracy, ułatwiających powroty do pracy, umożliwiające wydłużenie aktywności zawodowej oraz zwiększenie zgłaszalności na badania profilaktyczne, umowa o dofinansowanie nr RPZP.06.08.00-32-K001/17-00*

*Szpital Powiatowy w Pyrzycach, ul. Jana Pawła II nr 2, 74 – 200 Pyrzyce  
tel. 91 579 30 95, fax 91 579 32 27, e-mail: biuro.projektu@szpital.pyrzyce.net.pl*

z Zamawiającym i realizacji niniejszego zamówienia w terminach określonych w Zapytaniu ofertowym.

6. Załączniki do oferty w formie oryginałów lub dokumentów poświadczonych za zgodność z oryginałem przez osobę uprawnioną:
- odpis dyplomu,
  - odpis specjalizacji,
  - odpis prawa wykonywania zawodu,
  - odpis wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą,
  - zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej,
  - polisa ubezpieczeniowa potwierdzająca zawarcie umowy obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu przyjmującego zamówienia na świadczenia zdrowotne (należy dostarczyć najpóźniej dniu obowiązywania umowy).

Niniejsza oferta jest ważna w terminie 30 dni od dnia upływu terminu do składania ofert.

.....  
Podpis Oferenta