



SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ  
„SZPITAL POWIATOWY” IM. BŁ. MARTY WIECKIEJ  
W BOCHNI

32-700 Bochnia, ul. Krakowska 31

## FORMULARZ OFERTY NA UDZIELENIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

Oznaczenie oferenta:

.....  
.....

Adres oferenta:

.....

(nazwa i siedziba zakładu opieki zdrowotnej oraz numer wpisu do rejestru zakładów opieki zdrowotnej, lub imię i nazwisko, adres oraz numer wpisu do właściwego rejestru i oznaczenie organu dokonującego wpisu)

Adres do korespondencji:

.....

.....Tel. ....

**UWAGA:**

1. Ofertę należy złożyć na niniejszym formularzu.
2. Formularz powinien być wypełniony czytelnie za pomocą środków o charakterze trwałym.
3. Do oferty należy załączyć:
  - kserokopię zaświadczenia o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej, REGON, NIP lub wyciąg z CEIDG zawierający w/w dane / KRS,
  - kserokopię odpisu z właściwego rejestru,
4. Dokumenty świadczące o kwalifikacjach (dotyczy podmiotów wykonujących działalność leczniczą oraz osób legitymujących się nabyciem fachowych kwalifikacji)- tj. prawo wykonywania zawodu, dyplom ukończenia studiów, dyplomy specjalizacyjne lub kartę szkolenia specjalizacyjnego, referencje oraz inne dokumenty mogące mieć wpływ na wybór oferenta – proszę załączyć do oferty i wymienić w spisie załączników do niniejszej oferty.
5. wskazanie liczby i kwalifikacji zawodowych osób udzielających określonych świadczeń zdrowotnych oraz Oświadczenie zgodności danych przedkładanych przez oferenta pod rygorem odpowiedzialności karnej– dotyczy podmiotów leczniczych będących przedsiębiorcą, spółką cywilną, inną spółką handlową.
6. Nie dostarczenie dokumentów poświadczających posiadane kwalifikacje spowoduje odrzucenie oferty.

7

I. ZA REALIZACJĘ ZAMÓWIENIA OCZEKUJĘ ZAPŁATY WG NASTĘPUJĄCYCH STAWEK:

### 1.1

- za wykonywanie opisu badań RTG ..... za procedurę

(słownie zł .....)

- za wykonywanie opisu badań RTG ..... za procedurę wlewu kontrastowego

(słownie zł .....)

- za wykonywanie opisu badań RTG ..... za procedurę urografii

(słownie zł .....)

- za wykonywanie opisu badań RTG ..... za procedurę badania kontrastowego przewodu pokarmowego, przełyku, żołądka)

(słownie zł. ....)

- za wykonywanie opisu badań TK ..... za pacjenta przy czym badanie dwóch lub więcej okolic anatomicznych wykonane jednorazowo traktowane jest jako jedno badanie i płatne za jedno badanie.

(słownie zł. ....)

II. Minimalna ilość oferowanych godzin w stosunku miesięcznym przeznaczonych na realizację świadczeń zdrowotnych wynosi: .....

Oświadczam, że :

- 1) świadczenia wykonywane będą w SP ZOZ w Bochni „Szpital Powiatowy” im. bł. Marty Wieckiej przy wykorzystaniu aparatury i sprzętu medycznego znajdującego się w dyspozycji udzielającego zamówienia,
- 2) w przypadku wyboru mojej oferty, zobowiązuje się do zawarcia umowy oraz przystąpienia do realizacji zamówienia,
- 3) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych: imienia, nazwiska oraz danych dotyczących wykonywania zawodu oraz telefonu stacjonarnego i komórkowego oraz adres e-mail wyłącznie dla celów realizacji umowy.

.....  
Data

.....  
Podpis i pieczęć Oferenta

oraz, że zapoznałem się z treścią:

- 1) ogłoszenia,
- 2) przepisów ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej,
- 3) szczegółowymi warunkami konkursu ofert (SWKO),
- 4) projektem umowy i nie wnoszę do niego żadnych zastrzeżeń

**UWAGA :** W przypadku wyboru oferty i zawarcia umowy na ofercie ciąży obowiązek zawarcia umowy ubezpieczenia na warunkach określonych ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

Załącznikami do niniejszej oferty są :

1. ....
2. ....
3. ....
4. ....
5. ....

Data :

Podpis i pieczęć oferenta :