Załącznik nr 1 do SWKO

# …………………………………………..

*Pieczęć nagłówkowa oferenta*

# Formularz ofertowy

na świadczenie usług zdrowotnych w zakresie

………………………………………………………………………………………………................................................

*(zakres oferty)*

**I. DANE O OFERENCIE:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nazwa Oferenta** | |  |
| **ADRES** | Kod pocztowy, Miejscowość |  |
| Ulica, nr |  |
| **NIP, REGON** | |  |
| **Telefon kontaktowy/faks** | |  |

**II. OFERENT OŚWIADCZA, ŻE:**

1) Zapoznał się z treścią ogłoszenia i szczegółowymi warunkami konkursu ofert i nie zgłasza do nich zastrzeżeń.

2) Akceptuje warunki umowy zaproponowane przez Udzielającego zamówienia dla potrzeb niniejszego konkursu ofert.

3) Dysponuje odpowiednimi warunkami lokalowymi, aparaturą i sprzętem medycznym oraz personelem spełniającym wymogi przewidziane w przepisach prawa dla udzielania świadczeń zdrowotnych objętych ofertą.

**III.** Oferent zobowiązuje się do wyznaczenia co najmniej dwóch osób, które będą uczestniczyły w wykonywaniu zamówienia, odpowiedzialnych za świadczone usługi, które posiadają odpowiednie kwalifikacje zawodowe i wykształcenie niezbędne do wykonywania zamówienia:

1) …………………………………………………………………………………………………………………………………..

2) …………………………………………………………………………………………………………………………………..

**IV. Godziny udzielania świadczeń zdrowotnych** w ciągu doby oraz dni udzielania świadczeń zdrowotnych w tygodniu

…………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**V. OFERTA CENOWA odpowiednio wg załącznika nr 2.**

Termin związania ofertą 30 dni.

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

podpis Oferenta