......................................dnia................

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

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

**Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Hrubieszowie ul. Piłsudskiego 11 22-500 Hrubieszów**

**Formularz Ofertowy**

**na udzielanie świadczeń zdrowotnych**

**z zakresu wykonywania badań rezonansu magnetycznego**

**na rzecz pacjentów objętych opieką zdrowotną przez SPZOZ Hrubieszów**

Oświadczam, że po zapoznaniu się z ogłoszeniem o konkursie ofert oraz szczegółowymi warunkami konkursu ofert zgodnie z Ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. 2015 poz. 618) składam swoją ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem konkursu ofert.

**Dane o oferencie :**

* aktualny wypis z rejestru zakładów lub zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej oraz dokument uprawniający do wykonywania zaoferowanych usług

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

**Określenie warunków lokalowych:**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Wyposażenie w aparaturę i sprzęt medyczny**

Deklaracja zgodności CE na oferowany aparat – załączam do oferty.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa sprzętu** | **Rok produkcji** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Kwalifikacje zawodowe osób wykonujących oferowaną usługę:**

Odpisy aktualnych dokumentów kwalifikacyjnych - załączam do oferty.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Imię i nazwisko** | **Dziedzina i stopień specjalizacji** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Proponowane ceny w rozbiciu na wykonywane badania rezonansu magnetycznego (PLN):**

Oświadczam, że posiadam uprawnienia, kwalifikacje, personel - niezbędne do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia.

Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.

Oświadczam, że załączony projekt umowy akceptuję i zobowiązuję się do podpisania umowy na warunkach określonych w w/w projekcie, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego Zamówienia.

Oświadczam, że nie zalegam z płatnościami wobec Urzędu Skarbowego i ZUS-u.

Oświadczam, że w ramach prowadzonej działalności samodzielnie rozliczam się z Urzędem Skarbowym i ZUS-em.

Oświadczam, że w przypadku zawarcia umowy wyrażam zgodę na poddanie się kontroli ze strony Narodowego Funduszu Zdrowia, Udzielającego Zamówienia oraz innych osób i organów uprawnionych do kontroli w zakresie przedmiotu umowy.

(data, pieczątka i podpis)