*Załącznik nr 1 do Regulaminu*

**FORMULARZ OFERTOWY**

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

Nazwa podmiotu (zgodnie z wpisem do właściwego rejestru)

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

Adres podmiotu

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

Rodzaj rejestru, NIP

**Oferta**

**na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie:**

wykonywania zabiegów operacyjnych na rzecz pacjentek leczonych na oddziale położniczo-ginekologicznym z rozpoznaniami onkologicznymi,

Niniejszym składam ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych na rzecz pacjentów Szpitala Powiatowego w Chrzanowie w zakresie:

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

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

*(wpisać zakres)*

procent ceny zaproponowany przez Oferenta w stosunku do aktualnej na dzień ogłoszenia postępowania ceny za jeden punkt rozliczeniowy z Narodowym Funduszem Zdrowia, jednak nie więcej **niż 20%** ceny, tj ………………………… (*wpisać procent ceny*)

Zobowiązuję się do udzielania w/w świadczeń zdrowotnych w dniach i godzinach ustalonych przez Ordynatora Oddziału Ginekologiczno-Położniczego. W przypadku konieczności realizacji dodatkowych świadczeń Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do ich realizacji po wcześniejszym uzgodnieniu telefonicznym przez Ordynatora Oddziału lub innej upoważnionej osoby.

……………………………...

Pieczątka i podpis

*Załącznik nr 2 do Regulaminu*

**OŚWIADCZENIE OFERENTA**

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

Nazwa podmiotu (zgodnie z wpisem do właściwego rejestru)

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

Adres podmiotu

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

Rodzaj rejestru, NIP

Oświadczam, że:

1. Oświadczam, że posiadam odpowiednie uprawnienia i kwalifikacje do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia (w przypadku podmiotu leczniczego: oświadczam, że lekarze, z którymi na dzień ………………. zawrę umowy posiadają odpowiednie uprawnienia i kwalifikacje do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia).
2. Samodzielnie dokonuję wszelkich rozliczeń z Urzędem Skarbowym.
3. Zapoznałem się z regulaminem i szczegółowymi warunkami konkursu ofert i przyjmuję je bez zastrzeżeń.
4. Złożoną ofertą pozostanę związany przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.
5. Zapoznałem się z warunkami i zapisami przedstawionymi w projekcie umowy i przyjmuję je bez zastrzeżeń.
6. Dopuszczam zmianę treści umowy przed jej podpisaniem w razie konieczności wprowadzenia takich zmian w wyniku okoliczności, których nie można było przewidzieć w chwili ogłaszania postępowania konkursowego.
7. Zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego Zamówienia.

Do formularza ofertowego dołączam następujące dokumenty:

1. ……………………………………………..
2. ……………………………………………..
3. ……………………………………………..
4. ……………………………………………..

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

miejsce i data podpis