*Załącznik nr 1 do Regulaminu*

**FORMULARZ OFERTOWY**

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

Nazwa podmiotu (zgodnie z wpisem do właściwego rejestru)

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

 Adres podmiotu

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

 Rodzaj rejestru, NIP

**Szpital Powiatowy w Chrzanowie**

**Oferta**

**na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie:**

 **kardiologii inwazyjnej w stanach innych niż stany nagłe**

Niniejszym składam ofertę na wykonywanie świadczeń zdrowotnych kardiologii inwazyjnej
w stanach innych

niż stany nagłe określonych przez NFZ w katalogu grup jako: głównie **E23G, E24G, E26, E27**, **E29**

wraz z zapewnieniem gotowości przez 24 godziny / dobę i 7 dni w tygodniu

 na rzecz pacjentów powiatu chrzanowskiego i osób zamieszkujących poza jego terenem.

**Wykaz procedur inwazyjnych w stanach innych niż stany nagłe**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Rodzaj zamówienia****(grupa JGP)**  | **Kwota limitu** |
| 1 | E23G Angioplastyka wieńcowa z implantacją 1 stenu |  |
| 2 | E24G Angioplastyka z implantacją nie mniej niż 2 stentów lub wielonaczyniowa |  |
| 3 | E26 Angioplastyka wieńcowa balonowa |  |
| 4 | E27 Koronarografia i inne zabiegi inwazyjne |  |
| 5 | E29 Angioplastyka balonowa |  |
| 6 | i inne dopuszczone do rozliczania w ramach kardiologii inwazyjnej oraz świadczenia do sumowania |  |

 …………………………….

 **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 personel wskazany do realizacji zamówienia posiada 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. 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