*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**

Niniejszym składam ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych na rzecz pacjentów Szpitala Powiatowego w Chrzanowie w zakresiewykonywania zabiegów endoskopowych:

1. ERCP (ze szkoleniem) wraz z opisem\*,
2. ERCP wraz z opisem\*
3. Kolonoskopii wraz z opisem\*,
4. kolonoskopii z polipektomią pętlową wraz z opisem\*
5. Gastroskopii wraz z opisem **\***

***\**** *niepotrzebne skreślić*

***Proponuję następującą ofertę cenową***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Rodzaj badania z opisem** | **Maksymalna dopuszczalna cena (brutto) za jedno świadczenie** | **Oferowana przez Przyjmującego zamówienie cena jednego świadczenia (brutto**) |
| 1 | ERCP (ze szkoleniem) z opisem | 600,00 zł |  |
| 2 | ERCP z opisem | 500,00 zł |  |
| 3 | Kolonoskopia z opisem | 140,00 zł |  |
| 4 | kolonoskopii z polipektomią pętlową wraz z opisem | 200,00 zł |  |
| 5 | Gastroskopia z opisem | 70,00 zł |  |

……………………………...

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 01.01.2022 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