*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 zakresie:

* wykonywania zabiegów neurochirurgicznych dla pacjentów Szpitala Powiatowego w Chrzanowie

**Za realizację zamówienia oczekuję wynagrodzenia w kwocie*:***

procent wartości kwoty zapłaconej przez NFZ, jednak nie więcej **niż 20%**, stanowiącej iloczyn sumy punktów wg aktualnego katalogu 1a razy aktualna cena ………………………… (***wpisać procent*)**

*Zobowiązuję się do wykonywania zabiegów neurochirurgicznych w dniach i godzinach ustalonych przez Ordynatora danego Oddziału. 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 Regulaminem i szczegółowymi warunkami konkursu ofert 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