Szpital Powiatowy w Chrzanowie

*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 krioablacji balonowej**
* **ablacji z wykorzystaniem systemu mapowania 3D (system ENSITE)**
* **konsultacji elektrofizjologicznych w oddziale kardiologii**
* **szkolenia personelu średniego i lekarzy w zakresie wykonywania wymienionych procedur**

**\****w przypadku złożenia oferty częściowej niepotrzebne skreślić*

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

**……………………………………………………………………………………………………………………………………………...…………………………………………………………………………**

*(wpisać zakres)*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Rodzaj**  | **Maksymalna dopuszczalna cena (brutto) za jedno świadczenie** | Oferowana przez Przyjmującego zamówienie cena jednego świadczenia (brutto) |
| 1 | wykonywania krioablacji balonowej | 2 000 zł brutto |  |
|  2 | ablacji z wykorzystaniem systemu mapowania 3D (system ENSITE) | 2 000 zł brutto |  |

Zobowiązuję się do realizacji w/w świadczeń zdrowotnych w następujących dniach
i godzinach:

…………………………………………………

…………………………………………………

…………………………………………………

lub w innym terminie po uzgodnieniu telefonicznym z Udzielającym zamówienia

……………………………...

 Pieczątka i podpis

 Szpital Powiatowy w Chrzanowie

*Załącznik nr 2 do Regulaminu*

**OŚWIADCZENIE OFERENTA**

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

Nazwa podmiotu (zgodnie z wpisem do właściwego rejestru)

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

Adres podmiotu

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

Rodzaj rejestru, NIP

Oświadczam, że:

1. 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 warunkami konkursu i przyjmuję je bez zastrzeżeń.
4. Złożoną ofertą pozostanę związany przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.
5. Zapoznałem się z warunkami 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