

## **OFERTA**

W związku z konkursem ofert ogłoszonym przez Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Leżajsku składam ofertę w zakresie **wykonywania zabiegowych procedur urologicznych dla pacjentów Oddziału Chirurgii Ogólnej i Oddziału Ginekologiczno-Położniczego**

### **I. DANE O OFERENCIE**

1. Pełna nazwa oferenta (zgodnie z wpisem do CEIDG lub KRS)

.....  
.....

2. Adres siedziby oferenta: .....

3. Telefon kontaktowy .....

4. Nr księgi w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą .....  
prowadzonym przez .....

### **II. OŚWIADCZENIA OFERENTA**

**Oświadczam, że:**

1) Zapoznałem się z ogłoszeniem, *Szczegółowymi warunkami konkursu ofert* oraz projektem umowy i nie wnoszę do nich zastrzeżeń. Warunki konkursu akceptuję jako integralną część umowy.

2) Nie byłem karany w postępowaniu karnym, mającym związek z udzielaniem świadczeń zdrowotnych. Oświadczenie obejmuje również wszystkie osoby wskazane w ofercie do udzielania świadczeń w moim imieniu.

3) Spełniam wszystkie wymagania określone przez Udzielającego Zamówienia w *Szczegółowych warunkach konkursu ofert* oraz zawarte w materiałach informacyjnych NFZ dotyczących odpowiedniego zakresu świadczeń i przyjmuję je bez zastrzeżeń.

4) W przypadku nierozstrzygnięcia konkursu z powodu proponowanych wysokości stawek zgłaszam gotowość do przeprowadzenia negocjacji cenowych.

5) Ceny określone w ofercie pozostaną bez zmian przez cały okres obowiązywania umowy.

6) W przypadku wygrania konkursu przed podpisaniem umowy zobowiązuje się dostarczyć polisę ubezpieczenia OC zawartego zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami.

7)\* Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 i 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe pozyskałem w celu złożenia oferty. Wszelkie dane osobowe wskazane w ofercie i załącznikach pozyskałem zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

*\* nie dotyczy oferentów prowadzących jednoosobową działalność gospodarczą*

### **III. PRZEDMIOT OFERTY – HARMONOGRAM UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ**

Proponuję następujący harmonogram (proszę podać dni tygodnia i godziny od-do lub tygodniowy wymiar godzin lub w inny sposób określić termin udzielania świadczeń)

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

2) W imieniu Przyjmującego zamówienie świadczenia będą udzielane przez następujących lekarzy (należy podać imię i nazwisko oraz numer prawa wykonywania zawodu):

.....  
.....

### **IV. CENA OFERTY I WARUNKI PŁATNOŚCI**

Za udzielanie świadczeń proponuję ..... % wartości wykonanych procedur zgodnie z ceną ustaloną przez Narodowy Fundusz Zdrowia dla Udzielającego zamówienia

### **V. ZAŁĄCZNIKI**

Do oferty załączam następujące dokumenty (proszę wymienić zgodnie ze *Szczegółowymi warunkami konkursu ofert*):

- 1) .....
- 2) .....
- 3) .....
- 4) .....
- 5) .....
- 6) .....
- 7) .....
- 8) .....
- 9) .....
- 10) .....

.....  
Data

.....  
Pieczętka i podpis oferenta