Załącznik nr 1

F O R M U L A R Z O F E R T O W Y

w konkursie w sprawie umowy o udzielenie zamówienia na wykonywanie zadań Przychodni Specjalistycznej w Tarnobrzegu, na usługi zdrowotne w zakresie świadczeń lekarskich.

**Dane Wykonawcy**

1. nazwa ………. …………………………………………………………………………......

…………………………………………………………………………………………........

2. siedziba ………. …………………………………………………………………….......….

3. adres, nr telefonu, fax ……………………………………………………………….......….

4. NIP …………………………………… REGON ………………………………….......….

5. dane rejestrowe …………………………………………………………………….......…..

………………………………………………………………………………………........…

**Zamawiający**: **Przychodnia Specjalistyczna w Tarnobrzegu**

**39-400 Tarnobrzeg, ul. Mickiewicza 34**

W oparciu o ogłoszenie Przychodni Specjalistycznej w Tarnobrzegu, umieszczone na tablicy ogłoszeń w siedzibie PS w Tarnobrzegu oraz na stronie internetowej na wykonywanie   
w okresie od 12.02.2018r. do 31.12.2018r. świadczeń zdrowotnych w zakresie na wstępie wymienionym o f e r u j ę(my) udzielanie w okresie od..……........…..... do…....…............. świadczeń .....................................................................................................................................

w cenie (wpisać cenę w odpowiednim miejscu wg zakresu oferowanych świadczeń):

\* wynagrodzenie obejmuje również koszty zabezpieczenia we własnym zakresie przez Wykonawcę odpowiedniej odzieży ochronnej i roboczej wymaganej przy danym rodzaju świadczeń i wg wzoru określonego przez Zamawiającego.

**I. ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE w zakresie: ....................................................................**

* **ILOŚĆ PKUNKTÓW ROCZNA: ............................/ CENA PUNKTU.....................**

- zgodnie z ogłoszeniem na wstępie wymienionym, obowiązującymi w tym konkursie szczegółowymi warunkami przeprowadzania konkursu ofert w sprawie umowy na świadczenia zdrowotne w PS w Tarnobrzegu wraz z częścią szczegółową dot. udzielenia zamówienia na wykonywanie danego rodzaju świadczeń zdrowotnych oraz wzorem (projektem) umowy. Powyższa cena obejmuje pełny zakres zamówienia, określony   
w tych dokumentach (wraz z załącznikami).

1. Oświadczam(my), że zapoznałem (liśmy) się z treścią ogłoszenia na wstępie powołanego, szczegółowymi warunkami przeprowadzania konkursu (wraz z zał.) oraz wzorem umowy (z zał.) obowiązującymi w przedmiotowym postępowaniu   
   i przyjmuję(my) je bez zastrzeżeń oraz, że zdobyliśmy informacje konieczne do przygotowania oferty.
2. Oświadczam(my), że uważam(my)y się związany(i) niniejszą ofertą przez czas określony w powołanym na wstępie ogłoszeniu o konkursie.
3. Oświadczam(my), że projekt umowy (z zał.) obowiązujący w konkursie ofert   
   w sprawie udzielenia zamówienia, którego moja (nasza) oferta dotyczy – został przeze mnie (przez nas) zaakceptowany i zobowiązuję(my) się w przypadku wyboru mojej   
   (naszej) oferty do zawarcia umowy na wyżej wymienionych warunkach w miejscu   
   i terminie wyznaczonym przez PS w Tarnobrzegu.
4. Oświadczam(y), że:

1/ nie toczą się przeciwko mnie (nam) postępowania dyscyplinarne ani karne z tytułu nienależytego wykonywania zawodu …………………………………………….,.\*\*\*

(wpisać zawód odpowiedni do oferowanych świadczeń zdrowotnych w ramach praktyki indywidualnej),

nie byłem(am) karany(a) karnie ani dyscyplinarnie z tego tytułu,

2/ nie toczą się przeciwko osobom wskazanym w załączonym do oferty wykazie osób, które będą w imieniu oferenta realizować świadczenia - postępowania dyscyplinarne ani karne z tytułu nienależytego wykonywania zawodu przez te osoby i osoby te nie były karane dyscyplinarnie ani karnie z tego tytułu\*\*\*

\*\*\* niewłaściwe skreślić

1. Oświadczam(y), że pozostaję(emy) w dyspozycji w celu wykonywania przyjętego zamówienia.

**Załączniki:**

1/ Wykaz osób wykonujących zamówienie w przypadku podmiotu leczniczego, grupowej praktyki lekarskiej, pielęgniarskiej lub innych osób realizujących oferowane świadczenia,

2/ Prawo wykonywania zawodu i kwalifikacje, uprawnienia (dyplom specjalizacji, kursy kwalifikacyjne, odpowiednio dyplom(y) ratownika medycznego, opiekunki),

3/ Wypis z KRS lub ewidencji działalności gospodarczej wystawione nie wcześniej niż   
3 miesiące przed złożeniem oferty,

4/ Decyzja lub uchwała o wpisie do właściwego rejestru praktyki lub rejestru zoz,

5/ Decyzja NIP, REGON,

6/ Polisa OC odpowiednia do rodzaju oferowanych świadczeń zdrowotnych.

………………………………………

(miejscowość, data)

………………………………………………..

(pieczęć firmowa i podpis osoby uprawnionej)