

### FORMULARZ OFERTOWY

Nawiązując do ogłoszenia o konkursie ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych na rzecz Dolnośląskiego Centrum Onkologii we Wrocławiu, pl. Hirszfelda 12, składam niniejszą ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii.

#### DANE O OFERENCIE:

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

(nazwa oferenta – zgodnie z rejestrem, dokładny adres siedziby podmiotu leczniczego)

Numer NIP.....

Numer REGON.....

Numer KRS (jeśli dotyczy) .....

Numer telefonu kontaktowego .....

Numer fax.....

Adres e-mail.....

Numer wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą.....

Numer zaświadczenia potwierdzającego wpis do rejestru indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej lub grupowej praktyki lekarskiej wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego.....

1. Proponuję zawarcie umowy na okres od dnia podpisania umowy do .....
2. Kwalifikacje zawodowe oferenta lub personelu, przy udziale którego będą udzielane świadczenia zdrowotne: .....
3. Proponowany harmonogram udzielania świadczeń zdrowotnych (nie dotyczy wezwań) .....
4. Proponowana kwota brutto należności za udzielanie świadczeń zdrowotnych – stawka godzinowa:

Lp	Rodzaj świadczenia zdrowotnego	Cena Pln / 1h	Cena Pln 1 świadczenie
1.	Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie AiIT w systemie całodobowym w ramach leczenia stacjonarnego i w trybie porad ambulatoryjnych		X
2.	przybycie na interwencję w ramach gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych		X
3.	dyżur lekarski w ramach gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych (dyżur pod telefonem)		X
4.	dyżur lekarski		X
<b>ŁĄCZNIE BRUTTO:</b>			

5. Płatność za wykonanie usługi dokonywana będzie w formie przelewu na konto bankowe:

.....  
(nazwa banku i nr konta)

6. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia, szczegółowymi warunkami konkursu ofert oraz projektem umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych i nie wnoszę do nich zastrzeżeń.
7. Oświadczam, że zapoznałem się z istotnymi postanowieniami, które zostaną wprowadzone do umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii, nie wnoszę do nich zastrzeżeń i wyrażam zgodę na zawarcie umowy zgodnie z tymi warunkami w przypadku wybrania mojej oferty.
8. Oświadczam, że posiadam odpowiednie kwalifikacje i uprawnienia lub posiadam personel z odpowiednimi kwalifikacjami i uprawnieniami do udzielania świadczeń objętych konkursem ofert, wynikającymi z obowiązujących przepisów prawa.
9. Do niniejszej umowy załączam wymagane w Szczegółowych warunkach konkursu ofert dokumenty i oświadczenia jako załączniki:
- 1) ...
  - 2) ...
  - 3) ...
  - 4) ...
  - 5) ...

.....  
Podpis i pieczęć osoby/osób  
uprawnionej/uprawnionej do reprezentowania  
Przyjmującego zamówienie