

Znak sprawy: KO-10/2/ANESTEZ/2022

.....  
pieczęć Oferenta

..... dnia .....

### OFERTA

Na: „Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza specjalistę w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii dla pacjentów Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc Oddział Terenowy im. Jana i Ireny Rudników w Rabce-Zdroju”.

#### I. DANE OFERENTA

1. Pełna nazwa firmy (lub imię i nazwisko)  
.....  
.....
2. Adres z kodem .....
3. tel. .... fax .....
4. NIP ..... REGON .....
5. Zarejestrowany w .....  
pod numerem .....

#### II. PRZEDMIOT OFERTY

1. Oferuję udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii dla pacjentów Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc Oddział Terenowy im. Jana i Ireny Rudników w Rabce-Zdroju w:  
a) Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii w liczbie ..... godzin tygodniowo,  
b) Klinice Chirurgii Klatki Piersiowej dla Bloku Operacyjnego w liczbie ..... godzin tygodniowo.
2. Oświadczam, że świadczenia będą wykonywane przez wykwalifikowanego lekarza posiadającego odpowiednie uprawnienia do wykonywania zawodu, zgodnie z wymaganiami określonymi w ogłoszeniu o konkursie ofert oraz obowiązującymi w Polsce przepisami.
3. Oświadczam, że świadczenia będą wykonywane na poziomie zgodnym z przyjętymi standardami, wymogami Narodowego Funduszu Zdrowia, z zachowaniem przepisów sanitarnych, p.poż., BHP, z uwzględnieniem najnowszych osiągnięć w tej dziedzinie.
4. Gwarantuję ciągłość świadczeń, niezależnie od urlopów, absencji chorobowej i nieobecności z innych powodów, bez naruszenia warunków zawartej umowy.

#### III. WARTOŚĆ OFERTY

Proponuję wynagrodzenie miesięczne o charakterze godzinowym w wysokości: ..... zł brutto za godzinę (słownie:.....) za wykonane świadczenia zdrowotne u Udzielającego zamówienia.

#### IV. ISTOTNE WARUNKI UMOWY

1. Oświadczam, że akceptuję istotne dla Udzielającego zamówienia postanowienia zawarte we wzorze umowy i zobowiązuję się do jej zawarcia na warunkach określonych w niniejszym wzorze, w przypadku wyboru mojej oferty.
2. Zobowiązuję się do zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z realizacją umowy oraz dostarczenia kopii polisy Udzielającemu zamówienia, najpóźniej w dniu zawarcia umowy, w przypadku wyboru mojej oferty.
3. Zobowiązuję się do udzielania świadczeń zdrowotnych w terminach określonych przez Udzielającego zamówienia.

**V. POTWIERDZENIE SPEŁNIENIA WYMOGÓW KONKURSU**

1. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia, Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert oraz projektem umowy i nie zgłaszam zastrzeżeń.
2. Termin ważności oferty wynosi 30 dni od upływu terminu do składania oferty.

**VI. ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY**

1. ....
2. ....
3. ....
4. ....
5. ....
6. ....
7. ....
8. ....
9. ....
10. ....
11. ....
12. ....

.....  
podpis Oferenta

1