

Załącznik Nr 2

Znak sprawy: KO-4/1/RTG/TK/USG/2023

.....

pieczęć Oferenta

..... dnia

OFERTA

na Zadanie Nr 2:

Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza posiadającego Certyfikat Polskiego Towarzystwa Ultrasonograficznego uprawniający do samodzielnego wykonywania badań ultrasonograficznych w zakresie pediatrii 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. e-mail

4. NIP REGON

5. Zarejestrowany w

pod numerem

II. PRZEDMIOT OFERTY

1. Oferuję udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza posiadającego Certyfikat Polskiego Towarzystwa Ultrasonograficznego uprawniający do samodzielnego wykonywania badań ultrasonograficznych w zakresie pediatrii, w dniu/dniach i godzinach:

2. Oświadczam, że świadczenia zdrowotne 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 zdrowotne będą wykonywane na poziomie zgodnym z przyjętymi standardami, wymogami Narodowego Funduszu Zdrowia, z zachowaniem przepisów sanitarnych, BHP, p.poż., z uwzględnieniem najnowszych osiągnięć w tej dziedzinie.

III. WARTOŚĆ OFERTY

Oferuję cenę jednostkową za wykonanie badania ultrasonograficznego wraz z opisem pacjentom hospitalizowanym w Oddziałach/Poradniach Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc Oddział Terenowy w Rabce-Zdroju, w wysokości: zł brutto (słownie:).

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 zamówienie.

V. POTWIERDZENIE SPEŁNIENIA WYMOGÓW KONKURSU

1. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia, Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert oraz wzorem 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.

.....
podpis Oferenta

