**Załącznik nr 1 do SWK**

**…………………………………………..**

*Pieczęć nagłówkowa oferenta*

## FORMULARZ OFERTY

**na udzielanie świadczeń zdrowotnych dla potrzeb Zespołu Opieki Zdrowotnej w Ropczycach, ul. Kard. Wyszyńskiego 54**, z zakresu badań diagnostyki obrazowej (TK i MR).

**DANE OFERENTA**

Imię i nazwisko lub nazwa zakładu …………………………………………………………...

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

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

Kod pocztowy …………………… Miejscowość……………………………………………

Ulica……………………………….. Nr domu/mieszkania……………………………………..

Telefon………………………………………

Miejscem świadczenia usług przez Wykonawcę jest:

(dokładny adres, dane kontaktowe telefon, fax, e- mail)

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

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

Minimalna liczba osób udzielających określonych świadczeń zdrowotnych …………………..

Dni i godziny udzielania świadczeń zdrowotnych ……………………………………………..

1. **OFERENT OŚWIADCZA, ŻE:**
2. jest wpisany do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej pod numerem NIP ………………………................... REGON ............................................
3. jest wpisany do Krajowego Rejestru Sądowego pod numer KRS ………………………… lub do innego rejestru z oznaczeniem organu dokonującego wpisu: …………………………………………………………………………….....
4. jest wpisany do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą pod numerem księgi rejestrowej : ………..…….……………………………….…………
5. posiada rachunek bankowy nr: ……………………………..……………….….….........
6. zapoznał się z treścią ogłoszenia i szczegółowymi warunkami konkursu ofert i nie zgłasza do nich zastrzeżeń,
7. spełnia warunki lokalowe niezbędne do należytego wykonania oferowanych świadczeń zdrowotnych, w szczególności wynikające z Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 roku w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą,
8. zapewnia udzielanie świadczeń zdrowotnych przez osoby posiadające kwalifikacje wymagane przez obowiązujące przepisy prawa,
9. akceptuje warunki umowy zaproponowanej przez Udzielającego Zamówienia dla potrzeb niniejszego konkursu ofert i za udzielanie świadczeń zdrowotnych proponuje wynagrodzenie wg przedłożonej oferty cenowej.
10. **ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY:**
11. wypis z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej/KRS,
12. polisa odpowiedzialności cywilnej podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne lub dołączone oświadczenie, że zostanie zawarta przed podpisaniem umowy,
13. Oferta cenowa – załącznik nr 3 do SWK
14. …………………………………………………

………………………….

podpis oferenta

Dane osoby przygotowującej ofertę (do kontaktu po stronie oferenta):

Imię i nazwisko ………….…………………………………

Tel. ………………………………………………………….

e-mail: ………………………………………………………