Załącznik nr 1 do Ogłoszenia

FORMULARZ OFERTOWY

## Dane dotyczące Udzielającego zamówienia:

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Świdniku,

ul. Bolesława Leśmiana 4, 21 – 040 Świdnik

Dane dotyczące Przyjmującego zamówienie:

Imię i nazwisko: .........................................................................................................................................  
Miejsce zam/.: .........................................kod......................................ul....................................................  
nr telefonu/fax ………….................................., e-mail..............................................................................  
PESEL \*…………………………… NIP……………………………………………………….………..

Prowadzący/a działalność gospodarczą pod firmą ……………………………….………………………………………………………………….………..  
z siedzibą w...........................................kod..........................ul..................................................................  
NIP ……………………………………….. http:// ...................................................................................  
Osoba upoważniona do kontaktów:.................................................................tel. ....................................

**Z tytułu udzielania świadczeń zdrowotnych objętych niniejszym postępowaniem konkursowym, Przyjmujący zamówienie oferuje wynagrodzenie w wysokości:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Wykaz świadczeń** | **Maksymalne wynagrodzenie brutto (w zł)** | **Wynagrodzenie oferowane przez Oferenta (w zł)** |
| 1 | 45.239 Kolonoskopia – inne | 263,00 |  |
| 2 | 45.253 Kolonoskopia z biopsją | 379,00 |  |
| 3 | 45.42 Endoskopowe wycięcia  polipa jelita grubego | 824,00 |  |
| 4 | 44.161 Gastroskopia diagnostyczna  z testem ureazowym | 148,00 |  |
| 5 | 44.162 Gastroskopia diagnostyczna  z biopsją 1 hist – pat | 184,00 |  |
| 6 | 44.162 Gastroskopia diagnostyczna  z biopsją 2 lub więcej hist – pat | 235,00 |  |

Udzielający zamówienia dopuszcza złożenie oferty cenowej z dokładnością do dwóch miejsc  
po przecinku.

**Czy Oferent na dzień złożenia oferty udziela świadczeń zdrowotnych na rzecz Udzielającego zamówienia ? TAK/NIE (niewłaściwe skreślić)**

## Zobowiązania Przyjmującego zamówienie - Nawiązując do Ogłoszenia o konkursie ofert pod nazwą: „Udzielanie przez lekarza świadczeń zdrowotnych w warunkach ambulatoryjnych w zakresie:

## 1) badań endoskopowych przewodu pokarmowego – gastroskopia;

## 2) badań endoskopowych przewodu pokarmowego – kolonoskopia;

## w Pracowni Endoskopii SP ZOZ w Świdniku”.

1. zobowiązuję się świadczyć usługę na zasadach określonych w Ogłoszeniu.
2. termin realizacji zamówienia: od dnia 1 września 2024 r. do dnia 28 lutego 2025 r.
3. termin płatności: zgodnie z istotnymi postanowieniami umowy stanowiącym zał. nr 2 do Ogłoszenia.
4. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią wzoru umowy stanowiącym załącznik nr 2 do Ogłoszenia i nie zgłaszam do niego żadnych uwag.
5. Oświadczam, że posiadam kwalifikacje o którym mowa w Rozdziale V Ogłoszenia.
6. Oświadczam, że dane zawarte w złożonych dokumentach, o których mowa w Rozdziale V Ogłoszenia są aktualne na dzień składania ofert.
7. Ofertę niniejszą składamy na zapisanych ........... kolejno ponumerowanych i podpisanych stronach.
8. Załącznikami do niniejszej oferty są:
9. ………………………
10. ……………………..
11. ……………………..

……................., dnia ……………….. ……………………………………..

*(podpis Przyjmującego zamówienie)*

\*niepotrzebne skreślić