Załącznik nr 1

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:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa świadczenia** | **Cena za godzinę** |
| *1* | *2* | *3*  *(Wypełnia Oferent)* |
| 1. | Udzielanie świadczeń zdrowotnych  w ramach normalnej ordynacji i w zakresie pełnienia dyżurów medycznych w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii oraz kierowanie i zarządzania pracą Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii |  |

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

**Zobowiązania Przyjmującego Zamówienie - Nawiązując do Ogłoszenia o konkursie ofert pod nazwą: „Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza w ramach normalnej ordynacji i w zakresie pełnienia dyżurów medycznych w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii oraz kierowanie i zarządzania pracą Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii”**:

1. zobowiązuję się świadczyć usługę na zasadach określonych w Ogłoszeniu;
2. termin realizacji zamówienia: od dnia 1 listopada 2024 r. do dnia 28 lutego 2025 r.;
3. termin płatności: zgodnie z wzorem 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 ust. 5 pkt 2, 3 i 4 Ogłoszenia;
6. oświadczam, że dane zawarte w złożonych dokumentach, o których mowa w ust. 5 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. ……………………………………………………………………..……………………………..
12. ……………………………………………………………………..……………………………..
13. …………………………………………………..………………………………………………..

……................., dnia ………………..

…………………………………………..

*(podpis Przyjmującego zamówienie)*