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:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa świadczenia** | **Cena za godzinę** |
| *1* | *2* | *3*  *(Wypełnia Oferent)* |
| 1. | udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach normalnej ordynacji |  |
| 2. | gotowość do udzielania świadczeń zdrowotnych |  |
| 3. | udzielania świadczeń zdrowotnych w siedzibie Udzielającego zamówienia, po wezwaniu |  |

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 lekarzy w Zakładzie Diagnostyki Obrazowej oraz kierowanie, organizowanie i nadzorowanie świadczeń w zakresie radiologii**

**i diagnostyki obrazowej”**

1. zobowiązuję się świadczyć usługę na zasadach określonych w Ogłoszeniu.
2. termin realizacji zamówienia: od dnia 1 stycznia 2025 r. do dnia 31 grudnia 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 pkt 2, 3 i 4 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