**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 pocztowy: ......................................, ul. ............................................................................................  
Nr telefonu: …………..............................................................................................................................

Adres e-mail: ............................................................................................................................................  
PESEL: …………………………………………………………………………………………………

Firma działalności gospodarczej: ……………………………………………………………………………………………………..……..  
Siedziba w..............................................., kod pocztowy:.........................., ul. .........................................  
NIP: ………………………………………………, REGON: ………………….……….…..…………..

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**  *(Wypełnia Oferent)* |
| ***1*** | ***2*** | ***3*** |
| 1. | Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie normalnej ordynacji i pełnienia dyżurów medycznych w Oddziale Chorób Wewnętrznych oraz kierowanie i zarządzanie pracą Oddziału Chorób Wewnętrznych |  |

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 zakresie normalnej ordynacji i pełnienia dyżurów medycznych w Oddziale Chorób Wewnętrznych oraz kierowanie i zarządzanie pracą Oddziału Chorób Wewnętrznych”**:

1. Zobowiązuję się świadczyć usługę na zasadach określonych w Ogłoszeniu w terminie realizacji zamówienia: od 1 marca 2025 r. do 28 lutego 2026 r.
2. Wyrażam zgodę na termin płatności: zgodnie z istotnymi postanowieniami umowy stanowiącym zał. nr 2 do Ogłoszenia.
3. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią wzoru umowy stanowiącym załącznik nr 2 do Ogłoszenia i nie zgłaszam do niego żadnych uwag.
4. Oświadczam, że posiadam kwalifikacje, o których mowa w ust. 5 pkt 2, 3 i 4 Ogłoszenia.
5. Oświadczam, że dane zawarte w złożonych dokumentach, o których mowa w ust. 5 Ogłoszenia  
   są aktualne na dzień składania ofert.
6. Ofertę niniejszą składam na zapisanych ........... kolejno ponumerowanych i podpisanych stronach.
7. Załącznikami do niniejszej oferty są:
8. ……………………………………..……………………………………………..………………
9. …………………………………….……………………………………………………………..
10. ……………………………………..……………………………………………………………..
11. ……………………………………..……………………………………………..………………
12. …………………………………….……………………………………………………………..
13. ……………………………………..……………………………………………………………..
14. ……………………………………..……………………………………………..………………
15. …………………………………….……………………………………………………………..
16. ……………………………………..……………………………………………………………..

……................., dnia ………………..

………………….…………………………………..

*podpis Oferenta*