Załącznik nr 1 do Ogłoszenia o konkursie
20 Wojskowy Szpital
Uzdrowiskowo-Rehabilitacyjny SPZOZ
w Krynicy Zdroju
ul. Świdzińskiego 4
33-380 Krynica Zdrój

OFERTA
Na udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie medycyny pracy dla pracowników 20 Wojskowego Szpitala Uzdrowiskowo-Rehabilitacyjnego SPZOZ w Krynicy Zdroju.

Imię.....
Nazwisko.....
PESEL: .....
Nr wpisu do ewidencji działalności gospodarczej (organ dokonujący wpisu): .....
NIP nie dotyczy REGON.....
Adres do korespondencji.....
Telefon.....

Przedmiotem konkursu jest udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie medycyny pracy dla pracowników 20 Wojskowego Szpitala Uzdrowiskowo-Rehabilitacyjnego SPZOZ w Krynicy Zdroju.
Oferent oświadcza, iż:

1. Zapoznał się z treścią Ogłoszenia o konkursie zawierającego Szczegółowe warunki konkursu ofert", Regulaminem przeprowadzania konkursu ofert, na udzielanie świadczeń zdrowotnych z dnia 04.01.2023 r., Specyfikacją przedmiotu zamówienia oraz projektem umowy i nie zgłasza zastrzeżeń.
2. Świadczeń zdrowotnych objętych konkursem udzielać będzie w siedzibie 20. WSzR-U SP ZOZ w Krynicy-Zdroju, w miejscu uzgodnionym z Udzielającym Zamówienia oraz przy użyciu sprzętu należącego do Oferenta.
3. Proponuje następujące warunki wynagrodzenia:

	Cena badań wstępnych:	Cena badań kontrolnych:	Cena badań okresowych:	Cena badań sanitarno-epidemiologicznych:
Personel medyczny	Netto:			
Pracownicy Działu Żywienia	Netto:			
Pracownicy Działu Infrastruktury i Inwestycji	Netto:			
Pracownicy administracyjni	Netto:			
Kierowcy	Netto:			
Kandydaci do zatrudnienia	Netto:			

Oświadczenia dotyczące postanowień Ogłoszenia o konkursie:

1. Oświadczam, że zapoznałam/łem się z treścią Ogłoszenia o konkursie ofert zawierającego szczegółowe warunki konkursu ofert, akceptuję je i nie wnoszę do nich żadnych zastrzeżeń.
2. Oświadczam, że zapoznałam/em się z przepisami Ustawy z dnia 15.04.2011r. o działalności leczniczej (tj. Dz.U. z 2022, poz. 633 z późn. zm.).
3. Oświadczam, że posiadam uprawnienia i kwalifikacje niezbędne do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia.
4. Zobowiązuję się do osobistego udzielania powyżej zadeklarowanych świadczeń zdrowotnych.
5. Zapoznałam/łem się z Regulaminem przeprowadzania konkursu ofert, na udzielanie świadczeń zdrowotnych z dnia 04.01.2023 r., Specyfikacją przedmiotu zamówienia, nie wnoszę do niego żadnych uwag i w pełni go akceptuję.
6. Zapoznałem się z treścią załącznika nr 7 (projekt umowy), nie wnoszę do niego żadnych uwag i w pełni go akceptuję - co potwierdzam pisemnie i załączam dokument do swojej oferty.
7. Zobowiązuję się do prowadzenia dokumentacji medycznej wynikającej z obowiązujących przepisów.
8. Uważam się za związaną/ego niniejszą ofertą przez okres **30 dni** od upływu terminu składania ofert
9. Na potwierdzenie spełnienia wymagań do oferty załączam wymagane dokumenty i kserokopie dokumentów:

ZAŁĄCZNIKI:

1.....
2.....
3.....
4.....
5.....
6.....
7.....
8.....
9.....
10.....

.....

Podpis (podpisy) i pieczęć osoby uprawnionej
do podpisania i złożenia oferty

* - niepotrzebne skreślić