Załącznik nr 1

***Dot. Konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych w szpitalu – Instytucie Fizjologii i Patologii Słuchu***

FORMULARZ OFERTOWY

( dla zakresu Neurochirurgii )

**I. NAZWA I DOKŁADNY ADRES OFERENTA** *.....................................................................................................................................................................................................................................................................................................*

**NIP**.............................................; **REGON**...............*............................................*

**TEL./**......../.........................................; **FAX** / ….. / ..............................................

**NR RACHUNKU**........................................................................................................................

# ADRES EMAIL...........................................................................................................................

**NR WPISU DO WŁAŚCIWEGO REJESTRU I OZNACZENIE ORGANU DOKONUJĄCEGO WPISU** …………………………………………..……………………………………………………...

……………………………………………………………………………………………………………

**II. ZAKRES ŚWIADCZEŃ ORAZ OFERTA CENOWA**

1. Wykonywanie obowiązków wynikających z ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (tekst jedn.: Dz. U. z 2011 r. Nr 277, poz. 1634 z późn. zm.) , Kodeksu Etyki Lekarskiej, oraz ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tekst jedn.: Dz. U. z 2012 r. poz. 159 z późn. zm.). Regulaminem Zakładowym, Zarządzeniami Dyrektora.
2. Konsultacja specjalistyczna w ambulatorium (20 minut): brutto …………….PLN; słownie: (……………………….…………).
3. Konsultacja specjalistyczna na oddziale szpitalnym (na wezwanie)): brutto …………….PLN; słownie: (…………………………………….…).

**III. CZAS TRWANIA UMOWY:** 12 miesięcy od daty podpisania umowy

1. **TERMIN PŁATNOŚCI** : 14 *dni od daty wystawienia* *faktury*

**V. OFERTA ZOSTAŁA ZŁOŻONA NA*………….....* PONUMEROWANYCH STRONACH.**

…………………….. ...........................................

*miejscowość, data pieczęć i podpis Oferenta*

**Załącznik 2**

***Dot. Konkursu ofert na udzielanie usług lekarskich i pielęgniarskich w szpitalu – Instytucie Fizjologii i Patologii Słuchu***

**Oświadczenie**

Oświadczam, że zapoznałem/łam się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą na udzielanie usług lekarskich i pielęgniarskich\* w szpitalu – Instytucie Fizjologii i Patologii Słuchu oraz Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert.

………………….. .....................................

*miejscowość, data pieczęć i podpis Oferenta*

\*niepotrzebne skreślić

**Załącznik 3**

***Dot. Konkursu ofert na udzielanie usług lekarskich i pielęgniarskich w szpitalu – Instytucie Fizjologii i Patologii Słuchu***

*Oświadczenie*

Przyjmujący zamówienie oświadcza, że:

* przedmiot zamówienia nie wykracza poza rodzaj działalności leczniczej lub zakres świadczeń zdrowotnych przez niego wykonanych, zgodnie z wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, o którym mowa w art. 100 ustawy o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011 r.,
* zapewnia realizację świadczeń objętych zakresem konkursu zgodnie ze złożoną ofertą;
* gwarantuje ciągłość, kompleksowość, dostępność i wysoką jakość usług będących przedmiotem niniejszej oferty;
* osobiście będzie świadczył usługi na rzecz Zamawiającego.
* posiada polisę OC w zakresie udzielania usług będących przedmiotem umowy przez okres obowiązywania umowy.
* że nie zalegam w opłatach składek ZUS oraz w opłacie podatku w Urzędzie Skarbowym.

…………………….. ........................................

*miejscowość, data pieczęć i podpis Oferenta*