

_____, dnia _____

.....
*/nazwa podmiotu wykonującego
działalność leczniczą /*

.....
/adres, siedziba/

.....
*/ nr księgi rejestrowej podmiotów
wykonujących działalność leczniczą /*

**KLINICZNY SZPITAL WOJEWÓDZKI NR 2 Im. ŚW. JADWIGI
KRÓLOWEJ W RZESZOWIE W RZESZOWIE
ul. Lwowska 60; 35-301 Rzeszów**

oferta o udzielenie zamówienia na zabezpieczenie świadczeń zdrowotnych w godzinach zabezpieczenia dyżurowego w zakresie intensywnej terapii i anestezjologii w Klinice Intensywnej Terapii i Anestezjologii z Ośrodkiem Ostkich Zatruc w Klinicznym Szpitalu Wojewódzkim Nr 2 im. Św. Jadwigi Królowej w Rzeszowie.

Zgłaszam ofertę na udzielanie zamówienia na zabezpieczenie świadczeń zdrowotnych w godzinach zabezpieczenia dyżurowego w zakresie intensywnej terapii i anestezjologii w Klinice Intensywnej Terapii i Anestezjologii z Ośrodkiem Ostkich Zatruc w Klinicznym Szpitalu Wojewódzkim Nr 2 im. Św. Jadwigi Królowej w Rzeszowie.

1. Za realizację zamówienia oczekuję następującej należności :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

2. Powyższe świadczenia wykonywane będą w pomieszczeniach Udzielającego Zamówienia i przy wykorzystaniu sprzętu i aparatury medycznej oraz wyposażenia pomieszczeń określonych szczegółowo w odrębnej umowie.

3. Oferuję zawarcie umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne od dnia 16 stycznia 2018 r. r. na czas nie krótszy niż trzy miesiące.

4. Oświadczam, że zapoznałem się z przepisami Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. 2016 poz. 1638 z późn. zm.).

5. Zobowiązuję się do udzielania świadczeń zdrowotnych zgodnie z harmonogramem uzgodnionym z Udzielającym Zamówienia.

6. Oświadczam, że posiadam uprawnienia i kwalifikacje niezbędne do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia.

7. Na potwierdzenie faktów, o których mowa w pkt.6 przedkładam w załączeniu odpisy / kserokopie / potwierdzone za zgodność z oryginałem przez uprawnione podmioty, aktualnych dokumentów kwalifikacyjnych, a to:

1/.....

2/.....

3/.....

4/.....

5/.....

6/.....

.....

/ wymienić jakie /

8. Oświadczam, że rozliczam się z odpowiednim Urzędem Skarbowym, Zakładem Ubezpieczeń Społecznych oraz ponoszę wszelkie inne obciążenia związane z prowadzoną przez siebie działalnością leczniczą i ponoszę ryzyko gospodarcze związane z prowadzeniem tej działalności.

9. Na okoliczność wyboru mojej oferty zobowiązuję się do zawarcia umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne z w/w zakresu w uzgodnionym terminie pod rygorem odpowiedzialności za ewentualne szkody jakie może ponieść Kliniczny Szpital Wojewódzki Nr 2 im. Św. Jadwigi Królowej w Rzeszowie w przypadku niezawarcia ze mną w/w umowy.

/pieczętka i podpis /