Załącznik nr 1 do SWKO
w SPZOZ MEDiKSA ogłoszonego w dniu 07.07. 2022 roku

SPZOZ MEDiKSA
ul. Jana Pawła II 27
95-054 Ksawerów

OFERTA

NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

w zakresie: **Protetyki stomatologicznej**

1.Dane Oferenta

.....

Imię i nazwisko

.....

PESEL

.....

Adres oferenta

.....

Nr telefonu/faksu

.....

Nazwa i adres działalność gospodarczej

.....

NIP / REGON

Składam ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych w SPZOZ MEDiKSA w zakresie: **Protetyki Stomatologicznej** w Poradni Stomatologicznej SP ZOZ MEDiKSA

2. Zakres świadczeń

Zgłaszam ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie protetyki stomatologicznej w rodzaju określonym w załączniku nr 1 do oferty.

3. Oferta cenowa

Za realizację powyższych świadczeń zdrowotnych z zakresu wykonawstwa protetycznego oczekuję należności w wysokości określonej w załączniku nr 1 do oferty, uwzględniającej wszelkie koszty realizacji zamówienia.

4. Termin udzielania świadczeń zdrowotnych

Oferuję zawarcie Umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne

od dnia ..... do dnia .....

5. Dodatkowe warunki

Oferowane świadczenia zdrowotne udzielane będą przy wykorzystaniu należącego do mnie sprzętu i aparatury medycznej w postaci:

a) ..... rok produkcji.....

b) .....

c) .....

Oświadczam, że w ramach prowadzonej działalności gospodarczej samodzielnie rozliczam się z ZUS i US

TAK / NIE / NIE DOTYCZY*

Oświadczam, że w ramach prowadzonej działalności gospodarczej jestem płatnikiem VAT

TAK / NIE / NIE DOTYCZY*

Oświadczam, że:

1. Zapoznałem się z treścią ogłoszenia.
2. Zapoznałem się ze szczegółowymi warunkami konkursu ofert i materiałami informacyjnymi – nie wnoszę w tym zakresie zastrzeżeń.
3. Zapoznałem się ze wszystkimi koniecznymi informacjami niezbędnymi do przygotowania oferty oraz realizacji przedmiotu zamówienia.
4. Przez okres 30 dni od daty złożenia jestem związany ofertą.
5. Nie wnoszę zastrzeżeń do załączonego wzoru umowy i zobowiązuję się do jej podpisania na warunkach określonych w umowie w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
6. Dane przedstawione w ofercie i wszystkich załączonych dokumentach oraz kserokopiach dokumentów są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.
7. Posiadam aktualne ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej OC, zobowiązuję się do dostarczenia polisy ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej OC na okres obowiązywania umowy.
8. Posiadam uprawnienia i kwalifikacje wynikające z dokumentów załączonych do oferty, wymaganych do realizacji zamówienia.

W załączeniu składam:

1. Aktualny odpisu z KRS/Wydruk z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej.
2. Zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej podmiotów wykonujących działalność leczniczą.
3. Kopia dyplomu ukończenia studiów, prawa wykonywania zawodu, zawierająca numer oraz dyplom specjalizacji z danej dziedziny medycyny (jeśli dotyczy)
4. Kopia polisy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej Oferenta, obejmującej okres obowiązywania umowy.
5. Potwierdzona za zgodność z oryginałem kopia Certyfikatu informującego, że dostarczane wyroby medyczne są wprowadzone do obrotu i używania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej zgodnie z ustawą z dnia 20 maja 2010 roku o wyrobach medycznych (t.j.Dz.U.2021.1565)

....., dnia ....

Miejscowość Pieczęć i czytelny podpis oferenta

* Niepotrzebne skreślić