

**FORMULARZ OFERTOWY NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ OPIEKI
ZDROWOTNEJ
przez lekarzy
o świadczenie usług zdrowotnych z zakresu radiologii i diagnostyki obrazowej**

Nazwa oferenta	
Adres, kod pocztowy, telefon	
REGON	
NIP	
Nr wpisu do właściwego rejestracji podmiotów wykonujących działalność leczniczą	
Zakres świadczeń	
Oferowana cena / brutto /	

.....
miejsowość i data

.....
pieczętka i podpis Oferenta

Pouczenie:

- do oferty należy dołączyć dokumenty i oświadczenia wskazane w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert /SWKO/ - pod rygorem odrzucenia oferty.

*Załącznik nr 2 do SWKO
Postępowanie konkursowe nr 1/2017*

Nazwa Przyjmującego Zamówienie / pieczęć firmowa /

.....

Adres Przyjmującego zamówienie

**Wykaz osób, które będą wykonywać świadczenia zdrowotne w ramach umowy zawartej
przez Przyjmującego zamówienie**

Lp.	Imię i nazwisko Adres zamieszkania	Nr prawa wykonywania zawodu	Kwalifikacje rok uzyskania	Telefon kontaktowy

.....
data, pieczęć i podpis Przyjmującego zamówienie

.....
pieczęć firmowa Oferenta

OŚWIADCZENIE OFERENTA

Niniejszym oświadczam, że:

1. Dostarczę kopię polisy ubezpieczeniowej najpóźniej w dniu podpisania umowy,*
2. Zapewnię kadrę medyczną posiadającą niezbędne kwalifikacje zawodowe do realizacji świadczeń zdrowotnych,**
3. Osoby wskazane do realizacji świadczeń zdrowotnych posiadają aktualne badania lekarskie,*
4. Zapoznałem/am się z treścią Warunków Szczegółowych Konkursu Ofert /SWKO/, poprzedzającego zawarcie umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych, przyjmuję je bez zastrzeżeń i wyrażam zgodę na włączenie ich treści do stosunku umownego łączącego strony,
5. Zapoznałem/am się z treścią projektu umowy i nie wnoszę do niego zastrzeżeń,
6. W ramach zawartej umowy będą wykonywane świadczenia zdrowotne określone w warunkach szczegółowych tj. z zakresu radiologii i diagnostyki obrazowej w przedmiocie:
 - wykonania i interpretacji badań radiologicznych,
 - wykonania i interpretacji badań ultrasonograficznych,
 - wykonania i interpretacji badań mammograficznych,
 - wykonania i interpretacji badań mammograficznych stereotaktycznych,
 - wykonania i interpretacji badań ultrasonograficznych tętnic szyjnych, kręgowych i czaszkowych metodą doppler,
 - wykonania i interpretacji badań obrazowania naczyń obwodowych,
 - wykonania i interpretacji badań ultrasonograficznych tętnic przezczaszkowych,
 - konsultacji badań radiologicznych wykonanych w innych pracowniach w zakresie badań mammograficznych,
7. Wyrażam zgodę na poddanie się kontroli Udzielającego zamówienia oraz/lub przez inny podmiot uprawniony (upoważniony), w zakresie przedmiotu umowy,
8. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w związku z prowadzonym postępowaniem konkursowym.

.....
miejsowość i data

.....
pieczęć i podpis Oferenta

*należy wykreślić w przypadku dołączenia dokumentu do oferty

** oświadczenie składają podmioty lecznicze