**FORMULARZ OFERTOWY**

**Na wykonywanie świadczeń zdrowotnych polegających na wykonywaniu usługi opisów badań tomografii komputerowej, badań rezonansu magnetycznego oraz badań radiologicznych w oparciu o teleradiologię na rzecz pacjentów SP ZOZ MSWiA w Kielcach im. św. Jana Pawła II, przy ul. Wojska Polskiego 51 w Kielcach**

**Dane świadczeniodawcy:**

1. Nazwa podmiotu

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

………………………………………………………………………………….

1. Siedziba:…………………………………………………………………………………………………………………….
2. NIP………………………………………… REGON……………………………………………………………………..
3. Nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą…………………………
4. Adres poczty internetowej(e-mail) ;………………………………………………nr tel.:…………………………
5. imię i nazwisko osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych w imieniu podmiotu:

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

# **Określenie warunków:**

Świadczenia zdrowotne zawarte w ofercie polegać będzie na wykonywaniu usługi opisów badań tomografii komputerowej (TK),badań rezonansu magnetycznego (MR) oraz badań radiologicznych (RTG) w oparciu o telradiologię dla pacjentów Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Kielcach im. św. Jana Pawła II

# **Określenie stawki za udzielone świadczenie:**

 Cena ogólna netto/brutto za świadczenia (stanowiąca wartość umowy) :……………………………………………..

 (słownie: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………..)

# **Cena ogólna jest sumą łączną szacunkowej ilości badań z podaniem cen jednostkowych i ilości wyszczególnionych w załączniku nr1 do SWKO, który jest integralną częścią oferty.**

# **Oświadczenie oferenta:**

[ ] Oświadczam, że zapoznałam/em się z treścią ogłoszenia;

[ ] Oświadczam, że zapoznałam/em się ze szczegółowymi warunkami konkursu ofert i nie wnoszę w tym zakresie żadnych uwag;

[ ] Oświadczam, że zapoznałam/em się z treścią umowy na udzielenie świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem zamówienia i wyrażam zgodę na jej zawarcie w tym brzmieniu w przypadku wyboru mojej oferty;

[ ] Oświadczam, że uważam się związana/y ofertą przez okres 30 dni od dnia upływu terminu składania ofert;

[ ] Oświadczam, że wszystkie złożone dokumenty są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym;

[ ] Oświadczam, iż posiadam doświadczenie zawodowe niezbędne do świadczenia usług w zakresie wymienionym w w/w ogłoszeniu;

[ ] [ ] Oświadczam, iż wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w ofercie, niezbędnych w celu przeprowadzenia konkursu ofert oraz zawarcia umowy o udzielenie świadczeń zdrowotnych w przypadku wyboru mojej oferty.

# **Załączniki do oferty:**

* 1. …………………………………..
	2. …………………………………..
	3. ………………………………….

 .… . …… . 2023 r. …..……………………………..

 (data i podpis świadczeniodawcy)