

.....

( pieczęć firmowa oferenta)

## FORMULARZ OFERTOWY

Przystępując do konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych **W DZIEDZINIE ŚWIADCZEŃ PIELĘGNIARSTWA ZAKRESIE POBIERANIA KRWI KANDYDATOM DO WOJSKOWEJ AKADEMII TECHNICZNEJ**

składam następującą ofertę:

### I. DANE OFERENTA

Nazwa podmiotu/świadczeniodawcy wykonującego działalność leczniczą:

.....  
.....

Adres siedziby podmiotu leczniczego/świadczeniodawcy (z kodem pocztowym)

.....

NIP.....

REGON.....

Nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, o którym mowa w art. 100 i 106 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej....., prowadzonym przez .....- *jeżeli dotyczy*

Numer wpisu do właściwego rejestru (KRS) ....., prowadzonego przez .....- *jeżeli dotyczy*

Wpis do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej tak<sup>1)</sup> / nie<sup>1)</sup>

Osoba uprawniona do złożenia i podpisania oferty w imieniu podmiotu.....

Telefon stacjonarny ....., tel. kom. ....

Uwaga: w przypadku spółki cywilnej należy podać numery i dane każdego ze wspólników. Do oferty należy dołączyć kopie dokumentów dla każdego wspólnika.

<sup>1)</sup> niewłaściwe przekreślić

## II. OŚWIADCZENIA OFERENTA <sup>1)</sup>

1. Zapoznałem się z treścią ogłoszenia o konkursie tj. „Szczegółowymi warunkami konkursu ofert” oraz projektem umowy i nie zgłaszam zastrzeżeń.
2. Nie jesteśmy podmiotem polegającym na wykluczeniu w rozumieniu art.7 ustawy z dnia 13.04.2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspierania agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz.U. 2022 poz.835)
3. Oświadczam, że jestem ubezpieczony za szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych, zgodnie z art. 25 ust. 1 pkt. 1) ustawy z dnia 15.04.2011 r. o działalności leczniczej w wysokości określonej w
  - Rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą oraz, że ubezpieczenie to będzie kontynuowane przez cały okres realizacji zamówienia <sup>1)</sup> lub
  - Rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej świadczeniodawcy niebędącego podmiotem wykonującym działalność leczniczą, udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej oraz, że ubezpieczenie to będzie kontynuowane przez cały okres realizacji zamówienia<sup>1)</sup>
4. Oświadczam, że w przypadku wyboru mojej oferty zobowiązuję się do podpisania umowy w terminie i miejscu wskazanym przez Udzielającego zamówienia.
5. Oświadczam, że jestem związany ofertą w terminie 30 dni od terminu na składanie ofert.

## III. DEKLARACJE OFERTOWE

### 1. CENA

1) Zamówienie wykonam za:

..... zł ceny brutto za jedną godzinę

słownie ..... złotych brutto.

2) łączną kwotę ..... zł. brutto za 16 godzin.

słownie ..... złotych brutto.

3) zobowiązuje się do zabezpieczenia ..... stanowisk przez wykwalifikowane personel pielęgniarski.

<sup>1)</sup> niewłaściwe przekreślić

#### IV. ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY

Wraz z ofertą składam DOKUMENTY :

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

Data .....

.....

*(podpis osoby uprawnionej do podpisania oferty)*

<sup>1)</sup> niewłaściwe przekreślić

