cid:image005.jpg@01D3D7D7.FB94F4A0

Projekt nr RPO.02.05..00-20-001/17 pn.: „ Wydłużenie aktywności zawodowej mieszkańców Podlasia oraz wzrost wykrywalności raka jelita grubego poprzez zwiększenie liczby osób objętych badaniami kolonoskopowymi „ realizowany w ramach RPOWP na lata 2014-2020.

Wysokie Mazowieckie , dnia …................................ r.

**Formularz - O F E R T A**

NAZWA WYKONAWCY……………………………………………………………………………………………………………………………………

ADRES WYKONAWCY …………………………………………………………………………………………………………………………………….

Nr telefonu/faks …………………………………………………………………………………

ADRES POCZTY ELEKTRONICZNEJ (E-MAIL) ……………………………………………………..

OSOBA DO KONTAKTU:……………………………………………………………………………………

**Przystępując do KONKURSU na wykonywanie świadczeń zdrowotnych w zakresie:**

**„udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna w zakresie usług pielęgniarskich anestezjologicznych przy badaniach endoskopowych przewodu pokarmowego”,**

**oferuję realizację przedmiotu konkursu na zasadach określonych w projekcie Umowy** - na następujących warunkach cenowych obejmujących wartość brutto za 1 godzinę :

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **zakres** | **Rodzaj świadczenia** |  | Stawka podatku  VAT  (jeśli dotyczy) | **WARTOŚĆ**  **brutto** |
| **I** | Udzielanie świadczeń opieki zdrowotnejwzakresie usług pielęgniarskich anestezjologicznych do badań endoskopowych przewodu pokarmowego - stawka za jedną godzinę |  | | |

1. Podana cena obejmuje wszystkie koszty wykonania zamówienia i realizacji przyszłego świadczenia umownego.
2. Oświadczam/y\*, że zapoznaliśmy się z treścią ogłoszenia, „Materiałami informacyjnymi wraz ze szczegółowymi warunkami konkursu, ich załącznikami oraz projektem umowy ”   
   i nie wnosimy do nich zastrzeżeń.
3. Oświadczam/y\*, że posiadam/y\* niezbędną wiedzę i doświadczenie do przeprowadzania badań będących przedmiotem konkursu oraz prowadzę/imy\* kontrolę w zakresie jakości ich wykonania.
4. Oświadczam/y\*, że projekty umów/ istotne warunki umowy\* zostały przez nas zaakceptowane i zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego zamówienie.
5. W okresie obowiązywania umowy ceny nie ulegną zmianie. Zmiana podatku VAT następuje z mocy prawa.
6. Proponowany czas trwania umowy-…………………..
7. Deklaruję/my\* termin związania ofertą – 30 dni od upływu terminu składania ofert.
8. **Na potwierdzenie spełnienia wymagań do oferty załączam:**
9. dokument potwierdzający prawo wykonywania zawodu
10. zezwolenie na wykonywanie Indywidualnej Specjalistycznej Praktyki Pielęgniarskiej,
11. zaświadczenie o wpisie do rejestru
12. dokumenty potwierdzające kwalifikacje do wykonywania usług pielęgniarskich
13. zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej
14. zaświadczenie o nadaniu nr REGON i nr NIP,
15. ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia

usług medycznych

Całość oferty składam na ……… kolejno ponumerowanych stronach.

*\*niepotrzebne skreślić*

…………………….. ……………………………………………

(miejscowość, data) (podpis upoważnionego

przedstawiciela Wykonawcy)

……………………………………….

Pieczęć firmy

***OŚWIADCZENIE***

*Oświadczam, iż wszystkie załączone dokumenty są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym, a także zobowiązuję się przed podpisaniem umowy do dostarczenia zaświadczenia lekarskiego o zdolności do udzielania świadczeń oraz orzeczenia do celów sanitarno-epidemiologicznych.*

*Wyrażam zgodę na przetworzenie moich danych osobowych w myśl przepisów Rozporządzenia Rady Europy ( RODO)*

…………………….. ……………………………………………

(miejscowość, data) (podpis upoważnionego

przedstawiciela Wykonawcy)