

## FORMULARZ OFERTY

Wykonawcy (Wykonawców):.....

Adres: .....

Nr telef./faksu/: .....e-mail: .....

NIP, REGON:.....

na „Świadczenia zdrowotne w zakresie badań diagnostyki laboratoryjnej w laboratorium przy Szpitalu w Dębnie wraz z najmem pomieszczeń” składam niniejszą ofertę:

Całkowita cena netto.....zł, cena brutto ..... zł. (słownie

..... zł.) **zgodnie z dołączonym formularzem cenowym -załącznik nr 5**

**do SWKO**

1. Oświadczam, że zapoznałem się ze szczegółowymi warunkami konkursu ofert i uznaję się za związanego określonymi w niej zasadami postępowania – w terminach i pod warunkami w niej określonymi.
2. Oświadczam, iż uzyskałem wszystkie niezbędne informacje do przygotowania oferty i wykonania umowy.
3. Oświadczam, że zapoznałem się z postanowieniami umowy. Zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty do zawarcia umowy na warunkach w niej określonych, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
4. Uważam się za związanego niniejszą ofertą przez okres 30 dni wraz z dniem upływu terminu składania ofert.

Miejscowość.....

Data.....

.....  
(podpisy osób wskazanych w dokumencie  
uprawnającym do występowania w obrocie  
prawnym lub posiadających pełnomocnictwo)

**Wykonawca:**

(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)  
reprezentowany przez:

(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)

Przystępując do udziału w postępowaniu konkursowym pn. **Konkurs ofert Świadczenia zdrowotne w zakresie badań diagnostyki laboratoryjnej w laboratorium przy Szpitalu w Dębnie wraz z najmem pomieszczeń** prowadzonego przez Szpital w Dębnie im. Świętej Matki Teresy z Kalkuty Sp. z o. o

1. Oświadczam, że jesteśmy podmiotem wykonującym działalność leczniczą w rozumieniu ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2022 r., poz. 633 z późn. zm.).
2. Oświadczam, że na dzień złożenia oferty posiadamy ważną polisę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej obejmującą szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych w rozumieniu Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2020 r., poz. 295 z późn. zm.) na kwotę minimum 350 000,00 euro na całość przedmiotu umowy oraz zobowiązuję się do jej posiadania przez cały okres trwania umowy.
3. Oświadczam, że nasza sytuacja finansowa pozwala na udzielanie świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem konkursu.
4. Oświadczam, że:
  - a) zapoznałem się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert,
  - b) akceptuję Szczegółowe Warunki Konkursu Ofert o udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie badań diagnostyki laboratoryjnej wraz z najmem pomieszczeń,
  - c) akceptuję projekt umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie badań diagnostyki laboratoryjnej oraz projekt umowy najmu pomieszczeń.

.....  
(miejsowość, data)

.....  
Imię, nazwisko i podpis osoby lub osób figurujących  
w rejestrach uprawnionych do zaciągania  
zobowiązań w imieniu Wykonawcy lub we  
właściwym umocowaniu