

.....
pieczęć oferenta

OŚWIADCZENIE O DANYCH OFERENTA

Niniejszym, zgłaszam swoje uczestnictwo w konkursie ofert na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (CPV:85100000-0 Usługi ochrony zdrowia) w zakresie:

podstawowej opieki zdrowotnej – świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej udzielane w warunkach ambulatoryjnych i w miejscu zamieszkania lub pobytu świadczeniobiorcy dla osób powyżej 18 roku życia na obszarze miasta Koszalina i Powiatu Koszalińskiego z wyłączeniem miasta i gminy Polanów w pomieszczeniach wskazanych przez Zamawiającego.

1. Poniżej, zamieszczam wymagane informacje ofertowe:

Dane oferenta	
Nazwa firmy	
Adres siedziby	
Nr wpisu do KRS lub ewidencji działalności gospodarczej lub do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą	
Dane podmiotu tworzącego (wypełnia wyłącznie podmiot leczniczy niebędący przedsiębiorcą)	
NIP	
REGON	
Imię i nazwisko osób(y) uprawnionej do reprezentowania placówki	
telefon	
fax	

.....
miejsowość i data

.....
podpis i pieczęć Oferenta

.....
pieczęć oferenta

OŚWIADCZENIA

Oświadczam, że:

1. Zapoznałam/em się z treścią ogłoszenia i warunkami szczegółowymi konkursu.
2. Nie posiadam zaległości w opłatach do ZUS i US.
3. Spełniam wymagania określone w:
 - 1) Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 24.09.2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U.2023.1427 t.j. z dnia 2023.07.26),
 - 2) Zarządzeniu nr 51/2022/DSM Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14.04.2022 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej z późniejszymi zmianami,
4. Spełniam aktualnie obowiązujące wymogi NFZ w sprawie wykonywania świadczeń objętych postępowaniem konkursowym.
5. Znany jest mi termin związania ofertą (30 dni od daty upływu terminu składania ofert).
6. Wymienione w ofercie i warunkach szczegółowych konkursu warunki umowy zostały przeze mnie zaakceptowane i zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty do zawarcia umowy w terminie 30 dni od daty rozstrzygnięcia konkursu.
7. Wyrażam zgodę na poddanie się kontroli Udzielającego zamówienia i NFZ w zakresie spełnienia wymagań, o których mowa w aktualnie obowiązujących szczegółowych materiałach informacyjnych NFZ z zakresu właściwego przedmiotu umowy.

.....
miejsce i data

.....
(podpis i pieczęć Oferenta)

.....
pieczęć oferenta

OFERTA CENOWA

za świadczenia wymagane przez Udzielającego zamówienia w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej – świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej udzielane w warunkach ambulatoryjnych i w miejscu zamieszkania lub pobytu świadczeniobiorcy dla osób powyżej 18 roku życia na obszarze miasta Koszalina i Powiatu Koszalińskiego z wyłączeniem miasta i gminy Polanów w pomieszczeniach wskazanych przez Zamawiającego.

Proponowana cena oferty (ryczałt za 1 miesiąc) - zł

(słownie:).

RAZEM proponowana cena oferty (ryczałt 12 miesięcy) - zł

(słownie:).

Oferent podaje ceny brutto

.....
miejsowość i data

.....
(podpis i pieczętka Oferenta)

Załącznik nr 4 do SWKO

.....
pieczęć oferenta

WYKAZ PERSONELU

Lp.	Nazwisko i imię	Uprawnienia zawodowe (w tym nr prawa wykonywania zawodu)	Specjalność	Kompetencje	Doświadczenie zawodowe

.....
miejsowość i data

.....
(podpis i pieczęćka Oferenta)