



„Szpital Miejski w Rabce-Zdroju” sp. z o. o.		
Załącznik nr 2:	KONKURS OFERT	Znak: SP.4240.6.2021

OFERTA
na udzielanie Świadczeń zdrowotnych
W ZAKRESIE ANESTEZJOLOGII I INTENSYWNEJ TERAPII
Na rzecz Pacjentów Szpitala Miejskiego w Rabce – Zdroju Sp. z o. o.

Data:	
Imię i nazwisko / Nazwa Wykonawcy:	
Adres / siedziba:	
Nr telefonu:	
Adres e-mail:	
Strona www:	

Odpowiadając na konkurs oferuję usługi medyczne na rzecz pacjentów Szpitala Miejskiego w Rabce – Zdroju Sp. z o. o. , o których mowa w rozdziale II Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert, na następujących warunkach:

Cena:

„.....zł (słownie zł)” - wyrażona jako cena określona w zł polskich, za godzinę udzielania świadczeń.

Oświadczenia:

1. Wszelkie podane przeze mnie informacje są prawdziwe.
2. Zapoznałem się z treścią ogłoszenia i nie zgłaszam zastrzeżeń.
3. Oświadczam, że spełniam warunki określone w Ogłoszeniu.
4. Zobowiązuję się do zawarcia umowy w terminie wskazanym przez Udzielającego zamówienia.
5. Uważam się związany ofertą na czas wskazany w Ogłoszeniu
6. Zobowiązuję się do wykonywania usług zgodnie ze złożoną ofertą
7. Zapewniam że świadczenia zdrowotne będą udzielane ze szczególną starannością, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej i obowiązującymi aktualnymi standardami z zakresu badań diagnostycznych oraz zgodnie z zasadami etyki zawodowej, przy respektowaniu praw pacjenta i zachowaniu ochrony danych osobowych,
8. Posiadam aktualne ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej (oc) na minimalną kwotę gwarantowaną w wysokości obejmującą Usługi świadczone przez zgłoszony personel (Zobowiązuję się do przedłożenia kopii polisy OC na równowartość na dzień podpisania umowy.)*

Dnia

Podpis i pieczęć.....

Załączniki:

- 1).....
- 2).....
- 3).....