# Załącznik nr 1 do SWKO

**Znak postępowania SPZOZPM.DA(K)26.15.2023**

# FORMULARZ OFERTY

**W odpowiedzi na ogłoszenie konkursu ofert dla Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Przychodni Miejskiej w Józefowie na UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W RODZAJU AMBULATORYJNA OPIEKA SPECJALISTYCZNA W ZAKRESIE- DERMATOLOGII**

**Pełna nazwa Oferenta (zgodnie z właściwym rejestrem):**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Adres prowadzenia działalności:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Adres zamieszkania:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**NIP:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **REGON:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Telefon:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **e-mail:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Oferuję cenę brutto świadczenia za jeden pkt \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Oświadczam, że zapoznałe/am się ze szczegółowymi warunkami ogłoszonego konkursu na udzielanie świadczeń zdrowotnych **w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna w zakresie dermatologii** oraz ze wzorem umowy oświadczenie usług zdrowotnych na okres **od 02.01.2024 r. do 31.12.2025 r.\*)** oraz, że nie wnoszę do nich zastrzeżeń.

**Płatność za wykonanie usługi dokonywana będzie w formie przelewu na konto bankowe:**

............................................................................................................................................. (wpisać bank i nr konta)

**Oświadczam, że nie zalegam w płatnościach na:**

* Zakład Ubezpieczeń Społecznych
* Urząd Skarbowy

**Oświadczam, że poddam się kontroli Narodowego Funduszu Zdrowia w zakresie realizowanej umowy.**

……………………………………….. …………………………………………………………

(miejscowość i data) (podpis oraz pieczęć oferenta)

***\*)******W przypadku braku umowy, środków finansowych z Narodowego Funduszu Zdrowia lub likwidacji poradni okres zawarcia umowy może ulec zmianie***