**Załącznik Nr 1**

**OFERTA**

w konkursie w sprawie umowy o udzielenie zamówienia na wykonywanie świadczeń

medycznych w zakresie medycyny pracy dla SPZOZ w Sławkowie

**I. Dane Oferenta:**

nazwa

siedziba

adres, nr telefonu, fax

NIP REGON

dane rejestrowe

1. **Zamawiający:**

**SPZOZ ul.PCK 3.,**

**41-260 Sławków**

III. W oparciu o ogłoszenie SPZOZ w Sławkowie dot. konkursu na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie: medycyny pracy opublikowanej na stronie BIP oraz na tablicach ogłoszeń SPZOZ w Sławkowie w dniu 08.12.2017r .

Oferuję/my udzielanie świadczeń zdrowotnych **w okresie od 01.01.2018r do 31.12.2020r.**

Świadczenia te zgodnie z aktualnym zapotrzebowaniem SPZOZ w Sławkowie, dotyczą wykonywania usług zdrowotnych w zakresie medycyny pracy i obejmują:

1.Badania profilaktyczne wykonywane przez uprawnionego lekarza:

a)wstępne, ……………………………...zł

b)okresowe, …………………………….zł

c)kontrolne, …………………………….zł

2.Przeprowadzanie konsultacji :

a)laryngologicznych, …………………………….zł

b)okulistycznych, ………………….…………….zł

c)neurologicznych, ……………………………….zł

d)innych lekarzy specjalistów, w zależności od zajmowanego stanowiska pracy, ………...zł

1. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia na wstępie powołanego, Warunkami Konkursu Ofert oraz wzorem umowy (zał. Nr 2) obowiązującymi w przedmiotowym postępowaniu i przyjmuję/przyjmujemy je bez zastrzeżeń oraz że zdobyliśmy informacje konieczne do przygotowania oferty.

2. Oświadczam, że uważam się związany/i niniejszą ofertą na czas określony w Warunkach Konkursu Oferty w przedmiocie, którego moja/ nasza oferta dotyczy, tj. przez okres 21 dni od upływu terminu składania ofert.

3**.** Oświadczam, że wzór umowy (zał. 2) obowiązujący w konkursie ofert w sprawie udzielenia zamówienia, którego moja/nasza oferta dotyczy – został przeze mnie/ przez nas zaakceptowany i zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej/ naszej oferty do zawarcia umowy na wyżej wymienionych warunkach w miejscu i terminie wyznaczonym przez SPZOZ w Sławkowie.

4. Oświadczam, że pozostaję w dyspozycji w celu wykonywania przyjętego zamówienia.

5. Oświadczam, że zdaję sobie sprawę z faktu, iż niniejsza umowa ma charakter ramowy, a ostateczny projekt umowy zostanie przedstawiony podmiotowi wygrywającemu konkurs po jego zakończeniu i ustaleniu wszelkich warunków szczegółowych.

6. Oświadczam, że dane przedstawione w ofercie są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.

7. Oświadczam, że spełniam warunek/ki określony/e w art. 132 ust.3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. Nr 210 poz.2135).

8. Oświadczam, że posiadam uprawnienia do świadczenia usług medycznych zgodnie z odrębnymi przepisami.

9. Oświadczam, że posiadam aktualne świadectwa BHP .

Załączniki:

1/ wypis z KRS lub ewidencji działalności gospodarczej

2/ decyzja lub uchwała o wpisie do właściwego rejestru podmiotów leczniczych,

4/ decyzja NIP,

5/ decyzja REGON,

6/ zaakceptowany wzór umowy – zał. Nr 2

7/ polisa

(podpis osoby uprawnionej, data)

\* niewłaściwe skreślić