**ZAŁĄCZNIK Nr 1**

*do Warunków Konkursu*

**-----------------------------------------------**

**(pieczęć adresowa firmy Oferenta)**

**FORMULARZ OFERTOWY**

**Załącznik Nr 1**

**OFERTA**

w konkursie w sprawie umowy o udzielenie zamówienia na wykonywanie świadczeń

w zakresie protetyki dentystycznej 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: protetyki dentystycznej opublikowanego 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 protetyki dentystycznej i obejmują:

**1.Proteza akrylowa częściowa z klamrami od 5 do 8 brakujących zębów…….zł brutto.**

**2. Proteza akrylowa częściowa z klamrami od 9 brakujących zębów………….zł brutto.**

**3. Proteza akrylowa całkowita na szczęce…….zł brutto.**

**4. Proteza akrylowa całkowita na żuchwie…….zł brutto.**

**5.Naprawa protezy w zakresie uszkodzeń takich jak : złamanie, pęknięcie ,dostawienie klamry lub dostawienie jednego zęba-………….zł brutto.**

**a) dostawienie kolejnego elementu do naprawianej protezy……………zł brutto.**

**6.Podścielenie protezy……………zł brutto.**

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