

FORMULARZ OFERTOWY**KONKURS OFERT NR 4/2025
W PAŁUCKIM CENTRUM ZDROWIA SP. Z O. O. W ŻNINIE**

na udzielanie świadczeń zdrowotnych lekarskich w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym

1. Dane oferenta:

Nazwa podmiotu działalności leczniczej	
Imię i nazwisko osoby reprezentującej	
Adres siedziby	
Adres korespondencyjny <i>(jeżeli jest inny niż siedziby)</i>	
REGON	
NIP	
KRS	
Telefon kontaktowy	
Adres e-mail	
Nazwa banku i nr konta bankowego	
Dane osobowe osoby odpowiedzialnej za realizację umowy	
DANE REJESTROWE <i>(wypełnić zgodnie z rejestrem – jeżeli dotyczy)</i>	
Nr wpisu do rejestru RPWDL	
Organ rejestrujący	

2. Oferta cenowa.

Proponowana stawka za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w dni powszednie oraz w sobotę, niedzielę i dni świąteczne	 zł
Proponowana stawka za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych tylko w pionie zachowawczym lub tylko w pionie zabiegowym.	 zł

3. Deklarowana liczba dni wykonywania świadczeń w danym miesiącu przez h/ m-c.

Załączniki*,**:

- ☐ zaświadczenie o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą (**RPWDL**);
- ☐ zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej/ wydruk z **CEIDG**,
- ☐ **wykaz personelu** (załącznik nr 5 do SWKO)
- ☐ **Oświadczenia Oferenta** (załącznik nr 2b do SWKO),

- ☐
- ☐
- ☐
- ☐
- ☐

* właściwe oznaczyć znakiem X

** Przed uzupełnianiem załączników należy zapoznać się z częścią V w SWKO

miejsowość, data

czytelny podpis Oferenta