Załącznik nr 1 do SWKO

Do:

Szpital Specjalistyczny w Chorzowie

##### ul. Zjednoczenia 10

41-500 Chorzów

Numer postępowania OP/04/K/2023

 FORMULARZ OFERTY

 na :

**udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki pielęgniarskiej w Szpitalu Specjalistycznym w Chorzowie w ramach umów zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia**

1. Dane Oferenta:

Nazwa:

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

Siedziba Oferenta:

...................................................................................................................................................................

(*ulica, nr domu, nr lokalu*)

...................................................................................................................................................................

(*kod pocztowy, miejscowość, województwo*)

Adres korespondencyjny (*jeśli dotyczy*): ……………………………………………………………….

Nr wpisu do Rejestru Okręgowej Izby Lekarskiej ………………..………..…………………………...

Nr wpisu do ewidencji działalności gospodarczej …………………………….…………….………….

NIP………………………………………………………………………………………………………

REGON ……………………………………………………………………………………...………….

Tel. ………………………………. Fax. ………………………………. e-mail……………………….

**II**. W nawiązaniu do ogłoszenia, dotyczącego konkursu ofert składam ofertę na usługę :

udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki pielęgniarskiej w Szpitalu Specjalistycznym w Chorzowie w ramach umów zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia:

1. Cena jednostkowa brutto za każdą godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych

 w kwocie .............................................................. zł brutto

 (słownie:……………………………………………………………………………..)

**III.** Oświadczam, że :

1) zapoznałem się z treścią:

a) ogłoszenia,

b) Szczegółowych warunków konkursu ofert,

c) Regulaminu konkursu ofert

Szpitala Specjalistycznego w Chorzowie ul. Zjednoczenia 10, w sprawie konkursu ofert na: udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki pielęgniarskiej w Szpitalu Specjalistycznym w Chorzowie w ramach umów zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia.

2) proponowana cena jednostkowa będzie stała przez cały czas trwania umowy,

3) wyrażam zgodę na związanie ofertą przez 30 dni od daty upływu terminu składania ofert,

4) zapoznałem się z zapisami wzoru umowy i nie wnoszę do nich zastrzeżeń, a w przypadku wyboru mojej oferty zawrę umowę na warunkach w niej określonych, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego zamówienia.

**IV**. Załącznikami do niniejszej Oferty są:

1).................................................................................................................................................................

2).................................................................................................................................................................

3).................................................................................................................................................................

4).................................................................................................................................................................

5) …………………………………………………………………………………………………………

**V**. Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) w celu przeprowadzenia postępowania konkursowego.

…………………………… ………………………………………………………..

miejscowość, data (podpis osoby uprawnionej do podpisania i złożenia oferty)