# Załącznik nr 1 do SWKO

# **OFERTA KONKURSOWA**

**NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH**

1. **Oświadczam, że zapoznałem/am się z treścią ogłoszenia, szczegółowymi warunkami konkursu ofert (SWKO) i nie wnoszę zastrzeżeń.**
2. **OFERENT:**

Imię i nazwisko : ...........................................................................................................................

Nazwa podmiotu: ...........................................................................................................................

Adres: ............................................................................................................................................

NIP: ...............................................................................................................................................

REGON: ........................................................................................................................................

KRS: ……………………………………………………………………………………………..

Nr prawa wykonywania zawodu………………………………………………………………..

Numer wpisu do Rejestru Praktyk ................................................................................................

1. **Oświadczam, że będę udzielał/a świadczeń/nia zdrowotne w Szpitalu Powiatowym im. Jana Pawła II w Trzciance dysponując jego wyposażeniem.**
2. **Kwalifikacje zawodowe – certyfikat ukończenia kursu USG**

[ ] POSIADAM

[ ] NIE POSIADAM

**V. Zakres świadczeń:**

Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania badań USG dla pacjentów Oddziału Internistyczno - Kardiologicznego.

**Deklaruję średniotygodniową liczbę godzin udzielania świadczeń……………………**

***Dostępność w dni tygodnia:***

***poniedziałek [ ] w godzinach:***

***wtorek [ ] w godzinach:***

***środa [ ] w godzinach:***

***czwartek [ ] w godzinach:***

***piątek [ ] w godzinach:***

***sobota [ ] w godzinach:***

***niedziela [ ] w godzinach:***

1. **Oferta cenowa:**
2. **Za realizację poniższych czynności oczekuję należności w wysokości:**

* + 1. ……. zł brutto za wykonywanie badań USG – 1 usługa.

**VII. Czas trwania umowy:** **od 01.11.2025 roku do 30.09.2027 roku**

**VIII. Oferta obejmuje wykonywanie czynności zgodnie z projektem umowy stanowiącej załącznik nr 2 SWKO**

**IX. Oświadczam, że zawarty w załączniku nr 2 do SWKO projekt umowy został przeze mnie zaakceptowany i zobowiązuje się w przypadku wyboru mojej oferty do zawarcia umowy na wyżej wymienionych warunkach.**

**X. Załączniki do niniejszej oferty:**

**Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu przeprowadzania postępowania konkursowego na udzielanie świadczeń zdrowotnych nr 28/2025**

…………………………………. ……………………………………..

(miejscowość, data) (podpis Oferenta)