



**SZPITAL  
W PUSZCZYKOWIE**

Załącznik nr 4 do Zarządzenia  
Nr 27/2017 Prezesa Zarządu  
Szpitala w Puszczykowie  
Im. Prof. S. T. Dąbrowskiego S.A.  
w sprawie ogłoszenia konkursu ofert  
na udzielanie świadczeń zdrowotnych

## FORMULARZ OFERTOWY

### Na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie BADAŃ REZONANSU MAGNETYCZNEGO

**NAZWISKO I IMIĘ ( NAZWA) OFERENTA:**

.....

**ADRES PROWADZENIA DZIAŁALNOŚCI:**

.....

**ADRES ZAMIESZKANIA ( LUB DO KORESPONDENCJI)**

.....

**NIP**.....

**REGON**.....

**TELEFON KONTAKTOWY**.....

Przystępując do konkursu ofert na świadczenia zdrowotne w zakresie:

### BADAŃ REZONANSU MAGNETYCZNEGO

.....

oferuję realizację przedmiotu postępowania konkursowego zgodnie z opisem zawartym w szczegółowych warunkach konkursu ofert za cenę:

I.p.	Rodzaj świadczenia	Oferowana cena brutto
1		
2		
3		



Szpital w Puszczykowie im. Prof. S. T. Dąbrowskiego Spółka Akcyjna  
ul. Kraszewskiego 11, 62-041 Puszczykowo  
telefon: 61- 89-84-000, fax: 61- 81-33-262  
KRS : 0000536731  
NIP : 777-27-54-458, REGON: 634552438  
www.szpitalpuszczykowo.pl

Rada Prawny  
*Ewelina Jeglikowska*



**SZPITAL  
W PUSZCZYKOWIE**

4		
5		
6		
7		
8		

Składający ofertę oświadcza, że:

1. Zapoznał się i akceptuje treść ogłoszenia oraz warunki konkursu i projekt umowy
2. Jest gotowy wykonywać umowę na udzielanie świadczeń w okresie **36** miesięcy od dnia jej zawarcia

Ponadto składający ofertę oświadcza, że:

1. Załączniki do oferty stanowią wszystkie kompletne dokumenty potwierdzające spełnienie wymogów określonych w rozdziale III warunków konkursu ofert
2. Posiada zawartą umowę ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z realizacją umowy zgodnie z przepisem art. 25 ustawy o działalności leczniczej/ zobowiązuje się do zawarcia umowy od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z realizacją umowy zgodnie z przepisem art. 25 ustawy o działalności leczniczej oraz dostarczenie kopii polisy Udzielającemu zamówienia przed przystąpieniem do realizacji umowy.

#### **DODATKOWE UMIEJĘTNOŚCI I KWALIFIKACJE :**

.....  
.....

#### **ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY:**

- a) Kopia dyplomu/ uprawnień do wykonywania zawodu
- b) Kopia dyplomu poświadczającego ukończoną specjalizację ( dotyczy lekarzy specjalistów)/ inne dokumenty potwierdzające kwalifikacje
- c) Odpis informacji z CEDG
- d) Wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą



Szpital w Puszczykowie im. Prof. S. T. Dąbrowskiego Spółka Akcyjna  
ul. Kraszewskiego 11, 62-041 Puszczykowo  
telefon: 61- 89-84-000, fax: 61- 81-33-262  
KRS : 0000536731  
NIP : 777-27-54-458, REGON: 634552438  
www.szpitalpuszczykowo.pl

Radca Prawny  
*Ewelina Jeglikowska*



**SZPITAL  
W PUSZCZYKOWIE**

- e) Kopia polisy odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z realizacją umowy zgodnie z przepisem art. 25 ustawy o działalności leczniczej/ oświadczenie o przedłożeniu polisy przed przystąpieniem do realizacji umowy
- f) Kopia orzeczenia o braku przeciwwskazań do wykonywania zawodu od lekarza medycyny pracy zgodnie z obowiązującymi przepisami lub oświadczenie o przedłożeniu orzeczenia

.....  
Podpis i pieczęć składającego ofertę



**Szpital w Puszczykowie im. Prof. S. T. Dąbrowskiego Spółka Akcyjna**  
ul. Kraszewskiego 11, 62-041 Puszczykowo  
telefon: 61- 89-84-000, fax: 61- 81-33-262  
KRS : 0000536731  
NIP : 777-27-54-458, REGON: 634552438  
[www.szpitalpuszczykowo.pl](http://www.szpitalpuszczykowo.pl)

Radca Prawny  
*Ewelina Jeglikowska*