

.....
/Pieczęć oferenta/

Mazowieckie Centrum Rehabilitacji
„STOCER” Sp. z o.o.
05-510 Konstancin-Jeziorna
ul. Wierzejewskiego 12

FORMULARZ OFERTOWY

W odpowiedzi na ogłoszenie konkursu ofert z 24 marca 2023 r. na **Kompleksowe zabezpieczenie świadczeń w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii w zakresie opieki lekarskiej w Szpitalu Chirurgii Urazowej św. Anny w Warszawie przy ul. Barskiej 16/20 – jednostki organizacyjnej Spółki Mazowieckie Centrum Rehabilitacji „STOCER” Sp. z o.o.**

I. DANE OFERENTA

1. Nazwa firmy (lub imię i nazwisko)

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

2. Adres z kodem

.....
.....

3. Tel. fax

4. NIP REGON

5. Zarejestrowany w

.....

Pod numerem

.....

II. OFERTA

Oferowana cena brutto za 1 godzinę świadczeńzł (słownie.....)

.....

III. PRZEDMIOT OFERTY

1. Oferuję wykonywanie kompleksowego zabezpieczenia świadczeń medycznych w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii w Szpitalu Chirurgii Urazowej św. Anny w Warszawie, ul. Barska 16/20.
2. Oferowane świadczenia będą wykonywane na poziomie zgodnym z przyjętymi standardami, wymogami Narodowego Funduszu Zdrowia, z zachowaniem przepisów sanitarnych, ppoż, BHP z uwzględnieniem najnowszych osiągnięć w tej dziedzinie.
3. Do oferty załączam wymagane dokumenty zgodne z „SWKO”.
4. Gwarantuję ciągłość świadczeń, niezależnie od urlopów, absencji chorobowej nieobecności z innych powodów, bez naruszania warunków zawartej umowy.
5. Termin ważności oferty do 30 dni od terminu składania oferty.

IV. ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY

Zawarte w szczegółowych warunkach konkursu ofert.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....Data.....

(podpis Oferenta)

/pieczęć oferenta/

Oświadczenie Oferenta

1. Zapoznałam/łem się z treścią ogłoszenia i warunkami konkursu.
2. Nie posiadam zaległości w opłatach ZUS i US.
3. Zatrudniony personel posiada odpowiednie kwalifikacje zawodowe, a sytuacja ekonomiczna gwarantuje należyte wykonanie świadczeń objętych niniejszym konkursem.
4. Spełniam aktualnie obowiązujące wymogi NFZ w sprawie wykonywania świadczeń objętych postępowaniem konkursowym.
5. Nie korzystam z usług podwykonawców przy wykonywaniu świadczeń
6. Znany jest mi termin związania ofertą (30 dni od daty upływu terminu składania ofert).
7. Wymienione w ofercie i warunkach szczegółowych konkursu warunki zostały przeze mnie zaakceptowane i zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty do zawarcia umowy w terminie 30 dni od daty rozstrzygnięcia konkursu.
8. Wyrażam zgodę na poddanie się kontroli NFZ w zakresie spełnienia wymagań, o których mowa w aktualnie obowiązujących szczegółowych materiałach informacyjnych NFZ z zakresu właściwego przedmiotu umowy.
9. Zobowiązuję się do przestrzegania przepisów dotyczących ochrony danych osobowych, z zachowaniem obowiązujących przepisów w tym zakresie.
10. Wyrażam zgodę na przetwarzanie, administrowanie, archiwizowanie danych osobowych w związku z postępowaniem konkursowym i w zakresie niezbędnym do realizacji świadczeń będących przedmiotem konkursu zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku 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 (Dz.U. UE L 119 z dn. 04.05.2016 r., str 1 z póź.zm.)

.....Data.....

(podpis Oferenta)

Załącznik nr 3 do SWKO

Wykaz osób dedykowanych do realizacji przedmiotu zamówienia

L.p.	Imię	Nazwisko	PWZ	Specjalizacja	Doświadczenie

.....Data.....

(podpis Oferenta)