

.....dnia .....

**FORMULARZ OFERTOWY (wzór)**  
**na udzielenie świadczeń zdrowotnych**  
**z zakresu ratownictwa medycznego przez ratowników medycznych**  
**w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym**  
**Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Najświętszej Maryi Panny**  
**w Częstochowie.**

---

Imię i nazwisko/Nazwa Oferenta

.....

Specjalizacja/kwalifikacje.....

.....

.....

.....

***Za realizację zamówienia oferuję należność w wysokości .....  
złotych brutto za jedną godzinę udzielania świadczeń.***

Zobowiązuję się do wykonania ..... godzin w każdym miesiącu.

- 1) Oświadczam, że zapoznałam/łem się z przepisami art. 26 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (Dz. U. z 2011r. nr 112 poz. 654 z późn. zm).
- 2) Oświadczam, że posiadam odpowiednie uprawnienia i kwalifikacje niezbędne do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem umowy zgodnie z ustawą o Państwowym Ratownictwie Medycznym z dnia 8 września 2006r. Dz. U. z 2013r. poz. 757 (dołączyć potwierdzone za zgodność z oryginałem kserokopie dokumentów).
- 3) Oświadczam, że zapoznałam/łem się z treścią ogłoszenia konkursu ofert na świadczenia zdrowotne dla Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im.

Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie, ul. Bialska 104/118, którą akceptuję.

- 4) Oświadczam, że zapoznałam/łem się z treścią Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert
- 5) Oświadczam, że uważam się za związaną/ego niniejszą ofertą na czas wskazany w SWKO.
- 6) Oświadczam, że zawarty w SWKO projekt umowy został zaakceptowany i zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty do zawarcia umowy na opisanych warunkach w miejscu i terminie wskazanym przez *Udzielającego Zamówienia*.
- 7) Ofertę niniejszą składam/y na ..... kolejno ponumerowanych stronach.

Załączniki do oferty:

.....  
Podpis składającego ofertę