**FORMULARZ OFERTOWY**

Nawiązując do Ogłoszenia o konkursie ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych na rzecz Dolnośląskiego Szpitala Specjalistycznego im. T. Marciniaka - Centrum Medycyny Ratunkowej, składam niniejszą ofertę na:

…………………………………………………………………………………………………………

**DANE O OFERENCIE:**

Pełna nazwa Oferenta:

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

Siedziba Oferenta:

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

Telefon kontaktowy ………………………………… fax ……………………………..

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

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

Nr wpisu do właściwego rejestru oraz oznaczenie organu dokonującego wpis:

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

Nazwa banku Oferenta: ..................................................

# Nr konta bankowego Oferenta: ..................................................

1. Wartość procentowa ceny osobodnia: ………………………
2. Oświadczam, że zapoznałem/-am się z treścią Ogłoszenia o konkursie ofert, Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert oraz projektem umowy i nie wnoszę do nich zastrzeżeń.
3. Uważam się związany/-a złożoną ofertą przez okres 60 dni.
4. Do niniejszej oferty załączam wymagane w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert dokumenty oraz oświadczenia, jako załączniki:
5. .............................................................................................
6. ...............................................................................................
7. ...............................................................................................
8. ...............................................................................................

………………………………………………………………….

(podpis i pieczątka osoby upoważnionej   
do reprezentowania Oferenta)

…………………………………………..

miejscowość i data

***Załącznik Nr 2***

**WARUNKI UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH**

1. Liczba osób udzielających świadczeń:

…………………………………………………………………..

1. Kwalifikacje zawodowe osób udzielających świadczeń:

…………………………………………………………………..

1. Miejsce udzielania świadczeń:

…………………………………………………………………..

1. Informacja o ubezpieczeniu od odpowiedzialności cywilnej (numer polisy OC, zakład ubezpieczający, okres obowiązywania polisy OC - w przypadku, gdy polisa OC nie obejmuje całego okresu realizacji umowy niezbędne jest oświadczenie o jej przedłużeniu)

…………………………………………………………………..

1. Inne:

…………………………………………………………………..

………………………………………………………………….

(podpis i pieczątka osoby upoważnionej   
do reprezentowania Oferenta)

…………………………………………..

miejscowość i data

***Załącznik Nr 3***

**FORMULARZ CENOWY**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Zakres – nazwa komórki organizacyjnej** | | **Rodzaj zlecenia** | **Liczba pacjentów** | **Cena udzielenia świadczenia dla jednego pacjenta (cena osobodnia)** | **Cena całości zadania** |
| **I** | **II** | | **III** | **IV** | **V** | **VI** |
| **1.** | | Oddział rehabilitacji kardiologicznej – miasto Wrocław lub/i ośrodek zamiejscowy | Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie rehabilitacjikardiologicznej w warunkach stacjonarnych w ramach opieki kompleksowej po zawale mięśnia sercowego na rzecz pacjentów Dolnośląskiego Szpitala Specjalistycznego im. T. Marciniaka - Centrum Medycyny Ratunkowej | 112 |  |  |
| **2.** | | Ośrodek lub oddział dziennej rehabilitacji kardiologicznej – miasto Wrocław | Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie rehabilitacji kardiologicznej w ośrodku lub oddziale dziennym w ramach opieki kompleksowej po zawale mięśnia sercowego na rzecz pacjentów Dolnośląskiego Szpitala Specjalistycznego im. T. Marciniaka - Centrum Medycyny Ratunkowej | 204 |  |  |