

Knurów, dnia.....

OFERTA KONKURSOWA

w sprawie umowy o udzielanie zamówienia na świadczenie zdrowotne z podmiotem wykonującym działalność leczniczą lub osobą legitymującą się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej w Szpitalu w Knurowie Sp. z o.o.; ul. Niepodległości 8; 44-190 Knurów warunkach ambulatoryjnych, oraz w miejscu zamieszkania lub pobytu świadczeniobiorcy w okresie od 01.01.2025 r. do 31.12.2025r.

Imię i nazwisko/Nazwa firmy

Adres:

NR WPISU DO REJESTRU.....

NR WPISU DO EWIDENCJI O DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ

.....

NIPREGON.....

NR TELEFONU

ADRES

ADRES DO KORESPONDENCJI

II. Kwalifikacje zawodowe i inne wymagania:

Należy dołączyć następujące dokumenty:

- **Załącznik nr 2** - oświadczenie o zapoznaniu się z warunkami konkursu;
- **Załącznik nr 3** – oświadczenie o posiadanych kwalifikacjach niezbędnych do udzielania świadczeń zdrowotnych,
- **Załącznik nr 4**- formularz ofertowy
- **Załącznik nr 5** - oświadczenie o akceptacji projektu umowy,
- **Załącznik nr 6** - oświadczenie o nieprowadzeniu i nieposiadaniu na dzień złożenia oferty wpisu do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej pod adresem: Szpital w Knurowie Sp. z o.o.; ul. Niepodległości 8; 44-190 Knurów
- **Załącznik nr 7** - projekt umowy.

- Wypis z CEIDG lub wypis KRS w zależności od rodzaju prowadzonej działalności.
- Kopię NIP i REGON
- Kopię aktualnego certyfikatu ISO 9001
- Kopię aktualnego certyfikatu ISO 27001
- Kopię polisy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone

w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych zgodnie z obowiązującymi przepisami lub pisemne zobowiązanie Oferenta do zawarcia takiej umowy i dostarczenia jej kopii przed rozpoczęciem udzielania świadczeń na rzecz Zamawiającego.

**** /należy dołączyć kserokopie dokumentów potwierdzone za zgodność z oryginałem*

- III. Przedmiotem niniejszej oferty jest udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie:
1. Udzielania świadczeń zdrowotnych w dni powszednie (od godz. 18.00 do godz. 8.00)
 2. Udzielania świadczeń zdrowotnych w soboty, niedziele i święta (od godziny 08:00 danego dnia do godz. 08:00 dnia następnego).

.....
Miejscowość i data

.....
(pieczęć i podpis składającego ofertę)