



SOSNOWIECKI SZPITAL MIEJSKI

Sp. z o.o. w restrukturyzacji



SOSNOWIECKI SZPITAL
MIEJSKI SP. Z O.O.
W RESTRUKTURYZACJI

41-219 SOSNOWIEC

UL. SZPITALNA 1

TEL. (32) 41-30-100

FAX (32) 41-30-112

www.szpital.sosnowiec.pl

REGON 240837054

NIP: 6443504464

ZAREJESTROWANY
W SĄDZIE REJONOWYM
KATOWICE-WSCHÓD
W KATOWICACH
WYDZIAŁ VIII
GOSPODARCZY
KRAJOWEGO REJESTRU
SĄDOWEGO POD
NUMEREM
0000476320

KAPITAŁ ZAKŁADOWY
114 952 000.00ZŁ

.....

Załącznik Nr 1

.....
Pieczęć firmowa Oferenta

Miejscowość dnia.....

FORMULARZ OFERTY

I. Dane Oferenta:

Nazwa Oferenta – pełna nazwa
.....
.....

Adres Oferenta:
.....
.....

Adres do korespondencji (w przypadku, gdy jest inny niż adres Oferenta):
.....
.....

NIP.....Regon

KRS.....

Nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą:
.....

Tel. Fax

e-mail: WWW:

II. Oferuję:

Dni i godziny udzielania świadczeń:

- od godz 7,00 do godz. 15,00 od poniedziałku do piątku w dni powszednie –



SOSNOWIECKI SZPITAL MIEJSKI

Sp. z o.o. w restrukturyzacji



SOSNOWIECKI SZPITAL
MIEJSKI SP. Z O.O.
W RESTRUKTURYZACJI

41-219 SOSNOWIEC

UL. SZPITALNA 1

TEL. (32) 41-30-100

FAX (32) 41-30-112

www.szpital.sosnowiec.pl

REGON 240837054

NIP: 6443504464

ZAREJESTROWANY
W SĄDZIE REJONOWYM
KATOWICE-WSCHÓD
W KATOWICACH
WYDZIAŁ VIII
GOSPODARCZY
KRAJOWEGO REJESTRU
SĄDOWEGO POD
NUMEREM
0000476320

KAPITAŁ ZAKŁADOWY
114 952 000,00ZŁ

- od godz. 15,00 do godz 7,00 rano dnia następnego od poniedziałku do piątku w dni powszednie –
- od godz. 7,00 do godz 7,00 rano dnia następnego w święta i dni wolne –

Z tytułu realizacji umowy oferuję wartość wynoszącązł za godzinę.

Oświadczam, że powyższe wynagrodzenie zawiera wszystkie koszty związane z realizacją przedmiotu umowy niezbędne do prawidłowej realizacji przedmiotu zamówienia.

III. Oświadczam gotowość do zawarcia z Zamawiającym umowy realizacji świadczeń, zgodnie ze wzorem umowy stanowiącym załącznik do Zaproszenia z dnia

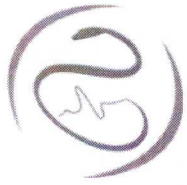
Załączniki do Formularza oferty:

- nr 1 - Wykaz personelu medycznego, który będzie uczestniczył w wykonywaniu świadczeń w ramach umowy

- nr 2 - OŚWIADCZENIE

.....
(miejsowość, data)

.....
(pieczęć, podpis osoby uprawnionej
do reprezentowania Oferenta)



SOSNOWIECKI SZPITAL MIEJSKI

Sp. z o.o. w restrukturyzacji



SOSNOWIECKI SZPITAL
MIEJSKI SP. Z O.O.
W RESTRUKTURYZACJI

41-219 SOSNOWIEC

UL. SZPITALNA 1

TEL. (32) 41-30-100

FAX (32) 41-30-112

www.szpital.sosnowiec.pl

REGON 240837054

NIP. 6443504464

ZAREJESTROWANY
W SĄDZIE REJONOWYM
KATOWICE-WŚCHÓD
W KATOWICACH
WYDZIAŁ VIII
GOSPODARCZY
KRAJOWEGO REJESTRU
SĄDOWEGO POD
NUMEREM
0000476320

KAPITAŁ ZAKŁADOWY
114 952 000.00ZŁ

Załącznik nr 1 do formularza oferty

Wykaz personelu medycznego, który będzie uczestniczył w wykonywaniu świadczeń w ramach umowy

Imię

Nazwisko

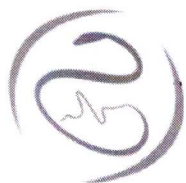
Zawód

Nazwa i stopień specjalizacji

Nr prawa wykonywania zawodu

.....
(miejscowość, data)

.....
(pieczęć, podpis osoby uprawnionej
do reprezentowania Oferenta)



SOSNOWIECKI SZPITAL MIEJSKI

Sp. z o.o. w restrukturyzacji



SOSNOWIECKI SZPITAL
MIEJSKI SP. Z O.O.
W RESTRUKTURYZACJI

41-219 SOSNOWIEC

UL. SZPITALNA 1

TEL. (32) 41-30-100

FAX (32) 41-30-112

www.szpital.sosnowiec.pl

REGON 240837054

NIP. 6443504464

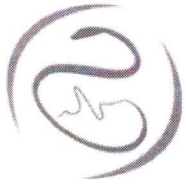
ZAREJESTROWANY
W SĄDZIE REJONOWYM
KATOWICE-WSCHÓD
W KATOWICACH
WYDZIAŁ VIII
GOSPODARCZY
KRAJOWEGO REJESTRU
SĄDOWEGO POD
NUMEREM
0000476320

KAPITAŁ ZAKŁADOWY
114 952 000.00ZŁ

Załącznik nr 2 do formularza oferty

OŚWIADCZENIE

1. Oświadczam, że zapoznałem się z warunkami Zaproszenia do złożenia oferty i wzorem umowy i nie wnoszę do nich zastrzeżeń.
2. Wyrażam dobrowolną zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w złożonej ofercie, przez Sosnowiecki Szpital Miejski sp. z o.o. w restrukturyzacji, 41-219 Sosnowiec, ul. Szpitalna 1 w okresie 30 dni od dnia złożenia oferty.
3. Oświadczam, że uważam się za związanego niniejszą ofertą na okres 30 dni od dnia złożenia oferty.
4. Oświadczam, że w razie wyboru mojej oferty zobowiązuję się do zawarcia umowy na warunkach określonych w Zaproszeniu do złożenia oferty i wg wzoru przedstawionego przez Zamawiającego.
5. Oświadczam, że przedmiot zamówienia będzie realizowany przez personel z uprawnieniami do wykonywania świadczeń stanowiących przedmiot Zaproszenia.
6. Oświadczam, że świadczenia zdrowotne będą udzielane zgodnie z aktualnym stanem wiedzy medycznej, ogólnie przyjętymi zasadami etyki zawodowej i należytą starannością, przy respektowaniu istniejących standardów i procedur medycznych.
7. Deklaruję przeniesienie praw i obowiązków wynikających z przyszłej umowy zawartej z Zamawiającym na osobę trzecią*, tj...
..... w zakresie
..... na podstawie umowy
.....
8. Oświadczam o spełnianiu wymagań Narodowego Funduszu Zdrowia w zakresie kwalifikacji w przedmiocie zamówienia oraz o posiadaniu uprawnień do występowania w obrocie prawnym zgodnie z wymaganiami ustawowymi, a ponadto, że podmiot, który reprezentuję jest zarejestrowany w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą w zakresie rodzaju działalności objętej przedmiotem zamówienia.



SOSNOWIECKI SZPITAL MIEJSKI

Sp. z o.o. w restrukturyzacji

(miejscowość, data)

(pieczęć, podpis osoby uprawnionej
do reprezentowania Oferenta)

* wskazać podmiot, jeżeli dotyczy

**wskazać zakres, jeżeli dotyczy



SOSNOWIECKI SZPITAL
MIEJSKI SP. Z O.O.
W RESTRUKTURYZACJI

41-219 SOSNOWIEC

UL. SZPITALNA 1

TEL. (32) 41-30-100

FAX (32) 41-30-112

www.szpital.sosnowiec.pl

REGON 240837054

NIP. 6443504464

ZAREJESTROWANY
W SĄDZIE REJONOWYM
KATOWICE-WSCHÓD
W KATOWICACH
WYDZIAŁ VIII
GOSPODARCZY
KRAJOWEGO REJESTRU
SĄDOWEGO POD
NUMEREM
0000476320

KAPITAŁ ZAKŁADOWY
114 952 000.00ZŁ

