

Warszawa, dnia

**Centralny Szpital Kliniczny MSWiA w Warszawie
ul. Wołoska 137, 02-507 Warszawa**

OFERTA

**na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania badań diagnostycznych
dla potrzeb POZ i Poradni Specjalistycznych w Ostrołęce Polikliniki w Ciechanowie
Centralnego Szpitala Klinicznego MSWiA w Warszawie**

1. Imię i nazwisko lub nazwa firmy

.....

2. Adres:

3. Tel.

4. nr wpisu do ewidencji o działalności gospodarczej (organ dokonujący wpisu)/ nr wpisu w krajowym rejestrze sądowym i nazwa rejestru

.....

5. NIP REGON

6. nr w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą

7. Imię, nazwisko, NPWZ osób, które będą udzielać świadczeń objętych umową

.....

.....

.....

.....

.....

8. Miejsce udzielania świadczeń (o ile nie pokrywa się z adresem wskazanym powyżej)

.....
.....

Przedmiotem niniejszej oferty jest udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie:

.....

zgodnie z opisem zawartym w „SZCZEGÓŁOWYCH WARUNKACH KONKURSU OFERT ORAZ MATERIAŁACH INFORMACYJNYCH O PRZEDMIOCIE KONKURSU OFERT”.

OFERENT OŚWIADCZA, ŻE:

1. zapoznał się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert, „Szczegółowymi warunkami konkursu ofert” oraz projektem umowy i nie zgłasza zastrzeżeń;
2. posiada aktualne ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej (OC) ma minimalną kwotę gwarantowaną zgodnie z rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. nr 293 poz. 1728) albo zobowiązuje się do przedłożenia kopii polisy OC o której mowa powyżej na dzień podpisania umowy;
3. posiada, zatrudnia lub współpracuje z osobami posiadającymi uprawnienia do wykonywania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem konkursu ofert;
4. posiada wiedzę i doświadczenie niezbędne do wykonywania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia w zakresie objętym konkursem ofert;
5. dysponuje odpowiednim potencjałem oraz osobami zdolnymi do wykonywania zamówienia;
6. znajduje się w sytuacji ekonomicznej i finansowej gwarantującej prawidłowe wykonywanie świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia w zakresie objętym konkursem ofert;
7. nie podlega wykluczeniu z konkursu ofert z przyczyn wskazanych w „Szczegółowych warunkach konkursu ofert”

8. Oferent wyraża zgodę na przetwarzanie jego danych osobowych zawartych w złożonej ofercie przez Zamawiającego w celu przeprowadzenia postępowania o udzielanie świadczeń zdrowotnych oraz przyjmuje do wiadomości, że Zamawiający będzie ich administratorem, dane będą przetwarzane zgodnie z krajowymi przepisami dot. ochrony danych osobowych w celu i zakresie, w jakim jest to niezbędne do przeprowadzenia postępowania o udzielenie świadczeń zdrowotnych, a w przypadku wyboru oferty w celu zawarcia i realizacji umowy. Dane osobowe mogą być udostępnione podmiotom uprawnionym na podstawie przepisów prawa. Podanie danych jest dobrowolne, ale niezbędne w celu udziału w postępowaniu.

Oferent oświadcza, że został poinformowany o prawie wglądu do swoich danych i możliwości żądania uzupełnienia, uaktualnienia, sprostowania oraz czasowego lub stałego wstrzymania ich przetwarzania lub ich usunięcia.

.....

(podpis i pieczęć osoby uprawnionej do podpisania i złożenia oferty)

ZAŁĄCZNIKI:

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.

.....

(podpis i pieczęć osoby uprawnionej do podpisania i złożenia oferty)