

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 w Makowie Mazowieckim 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)