**Załącznik nr 1**

**Formularz Oferty**

Nazwa Przyjmującego Zanówienie:...........................................................................................................

Adres\*.........................................................................................................................................................

tel.\*.............................................................................................................................................................

REGON\*.....................................................................................................................................................

NIP\*............................................................................................................................................................

E-mail\* na który Zamawiający ma przesłać korespondencję.....................................................................

Nr księgi rejestrowej …................................................................. potwierdzającą wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą (jeżeli dotyczy)

w odpowiedzi na ogłoszenie o konkursie ofert pn.: **Wykonywanie badań USG DOPPLER na rzecz Szpitala Neuropsychiatrycznego im. Prof. M. Kaczyńskiego SP ZOZ w Lublinie.**

oferuję:

1. **Cena**

Realizację w cenie brutto za 1 badanie ……..zł w tym stawka podatku VAT

(Słownie cena jednostkowa brutto: ……………………………….………..)

Wartość brutto (*cena brutto za 1 badanie x 1 600 badań*): ........................................………….. zł

w tym stawka podatku VAT

(słownie razem wartość brutto: ………………..……………………….)

Osoba realizująca usługę …………………………………………………………………………………

 *(imię i nazwisko)*

1. **Jakość świadczeń:**

zaznaczyć właściwe

**Oświadczam, iż:**

**\*Pan/Pani……………………………………………………. posiada Dyplom potwierdzający uzyskanie tytułu specjalisty w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej
oraz udokumentowany okres doświadczenia zawodowego** (specjalisty w dziedzinie radiologii
i diagnostyki obrazowej):

**□ do 24 miesięcy
□ do 36 miesięcy
□ do 48 miesięcy**

**□ do 60 miesięcy
□ powyżej 60 miesięcy**

1. **Kompleksowość świadczeń**

**Oświadczam, że:**

zaznaczyć właściwe:

* **TAK –** deklaruję realizacji świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem umowy bez udziału podwykonawców
* **NIE** – nie deklaruję realizacji świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem umowy bez udziału podwykonawców
1. **Dostępność świadczeń**

zaznaczyć właściwe:

* **TAK –**będę świadczył usługi dwa razy w tygodniu w łącznym wymiarze 6 godzin, w tym jeden dzień w godzinach 14:00-18:00
* **NIE** – nie będę świadczył usługi dwa razy w tygodniu w łącznym wymiarze 6 godzin, w tym jeden dzień w godzinach 14:00-18:00
1. **Ciągłość świadczeń**

Poniżej zaznaczyć właściwe:

* **TAK** – deklaruje posiadanie doświadczenia w realizacji usługi będącej przedmiotem zamówienia powyżej 3 lat
* **NIE –** nie deklaruje posiadanie doświadczenia w realizacji usługi będącej przedmiotem zamówienia powyżej 3 lat
1. Termin wykonania – usługi będą świadczone **przez okres 24 miesięcy w terminie od 30.04.2025 r. do 29.04.2027 r.**
2. Osobą / osobami do kontaktów z zamawiającym odpowiedzialnymi za wykonanie zobowiązań umowy jest / są:

………………………………….. tel. kontaktowy …………mail:.....................................

……………………………………tel. kontaktowy.................mail:.....................................

1. **Oświadczam/y, że:**
2. posiadam/y ubezpieczenie OC w zakresie prowadzonej działalności / wykonywanej pracy.:

Nr polisy………………………….. w …………………………………………… z minimalną sumą gwarancyjną wynoszącą .............................................................. zł w odniesieniu
do jednego zdarzenia oraz …………………. zł dla wszystkich zdarzeń i zobowiązujemy się kontynuować ubezpieczenia OC w zakresie prowadzonej działalności przez cały okres trwania umowy;

1. akceptuję/my w całości warunki określone w Materiałach informacyjnych, zapoznałam/em
się z postanowieniami umowy i zobowiązuję się, w przypadku wyboru mojej oferty, do zawarcia umowy zgodnie z niniejszą ofertą na warunkach określonych w Załączniku nr 2;
2. posiadam uprawnienia do udzielania świadczeń zdrowotnych, niezbędną wiedzę i doświadczenie, dysponuję odpowiednim potencjałem technicznym oraz osobami zdolnymi do udzielenia świadczeń zdrowotnych, znajduję się w sytuacji ekonomicznej i finansowej umożliwiającej udzielenie świadczeń zdrowotnych;
3. ofertę niniejszą składam na … kolejno ponumerowanych stronach;
4. wraz z ofertą składam następujące oświadczenia i dokumenty:

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

…………………, dnia………… …………….....................……….

(czytelny podpis Przyjmującego zamówienie,

lub parafka wraz z imienną pieczątką)