**Załącznik nr 1**

**Formularz Oferty (Cz.2)**

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

Adres........................................................................................................................................

tel..............................................................................................................................................

REGON....................................................................................................................................

NIP............................................................................................................................................

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

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

W odpowiedzi na ogłoszenie o konkursie ofert na **Realizacja badań, konsultacji i zabiegów na rzecz pacjentów oraz pracowników Szpitala Neuropsychiatrycznego im. Prof. Mieczysława Kaczyńskiego SPZOZ w Lublinie opisanych w 3 częściach.**

1. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się wykonać powyższe świadczenia wg potrzeb Udzielającego zamówienie przez okres 2 lat od dnia podpisania umowy, zgodnie z wymaganiami określonymi w pkt 3.1. i 3.2 rozdziału OKREŚLENIE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA **( w zakresie zadań na jakie składana jest oferta w poszczególnych częściach)**

2. Minimalna liczba osób udzielających świadczeń zdrowotnych dla:

Część 1 Zadanie ………………………….

Część 1 Zadanie ………………………….

Część 1 Zadanie ………………………….

Część 1 Zadanie ………………………….

Część 1 Zadanie ………………………….

Część 2 Zadanie ………………………….

Część 2 Zadanie ………………………….

Część 2 Zadanie

Część 2 Zadanie ………………………….

Część 2 Zadanie ………………………….

Część 3 Zadanie ………………………….

3. Miejsce wykonywania badania/konsultacji (adres realizacji usługi)

Część 1 Zadanie ...........- …………………........………….………, tel. ………………………..

Część 1 Zadanie ...........- …………………........………….………, tel. ………………………..

Część 1 Zadanie ...........- …………………........………….………, tel. ………………………..

Część 1 Zadanie ...........- …………………........………….………, tel. ………………………..

Część 1 Zadanie ...........- …………………........………….………, tel. ………………………..

Część 2 Zadanie ...........- …………………........………….………, tel. ………………………..

Część 3 Zadanie ...........- …………………........………….………, tel. ………………………..

Część 3 Zadanie ...........- …………………........………….………, tel. ………………………..

Część 3 Zadanie ...........- …………………........………….………, tel. ………………………..

Część 3 Zadanie ...........- …………………........………….………, tel. ………………………..

4. Osobą / osobami do kontaktów z zamawiającym odpowiedzialnymi za wykonanie zobowiązań umowy jest / są: ………………………………….. tel. kontaktowy ……………………………………… e- mail..............................…………………………………………………………………. ………………………………….. tel. kontaktowy ……………………………………… e- mail..............................………………………………………………………………….

5. Oświadczamy, że:

1) posiadam ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 29 kwietnia 2019 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2023 poz. 1930):

Nr polisy................................ ......................................................................................... z minimalną sumą gwarancyjną wynoszącą.............................................................. zł w odniesieniu do jednego zdarzenia / dla wszystkich zdarzeń\* i zobowiązuję się kontynuować ubezpieczenia OC w zakresie prowadzonej działalności przez cały okres trwania umowy

2) uważam/y się za związanym niniejszą ofertą przez 30 dni od daty ustalonej jako termin składania ofert,

3)akceptuję 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.

4) 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,

5) nie posiadam negatywnej opinii w rozumieniu art. 95d) ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tj. Dz.U. z 2024 r., poz. 146 ze zm.) – jeżeli dotyczy

6) ofertę niniejszą składam na ….....................kolejno ponumerowanych stronach,

7) wraz z ofertą składam następujące oświadczenia i dokumenty:

 …………………, dnia……………….

…………….....................………. (czytelny podpis Przyjmującego zamówienie, lub parafka wraz z imienną pieczątką)