



### III. Proponowana kwota wynagrodzenia:

Oferuję wykonanie usług objętych przedmiotem konkursu zgodnie z wymogami określonymi w Materiałach Informacyjnych i szczegółowych warunkach konkursu za cenę:

Cena brutto - ..... zł

(słownie zł: ..... zł)

Cenę oferty wyliczono na podstawie cen jednostkowych określonych Formularzu cenowym – załącznik nr 1a.

### IV. Oświadczenia :

#### 1. Oświadczenia :

2. W okresie trwania umowy zapewniam niezmiennosc cen z zastrzeżeniem odpowiednich postanowień projektu umowy (załącznik nr 2 do MI).
3. Oferuję termin płatności do ..... dni (min. 30 dni) od chwili otrzymania faktury przez Udzielającego zamówienia.
4. Oświadczam, że zapoznałem się z Materiałami informacyjnymi i ze szczegółowymi warunkami konkursu oraz ich załącznikami i nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
5. Zainteresowałem się wszystkimi koniecznymi informacjami, niezbędnymi do przygotowania oferty oraz wykonania przedmiotowego zamówienia.
6. Zobowiązuję się do zawarcia umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne na okres: od **01.09.2020r.** do **31.08.2021r.**, z możliwością przedłużenia umowy na okres nie przekraczający **12 miesięcy**.
7. Uważam się związany ofertą przez okres 30 dni.
8. Oświadczam, że załączone wzory umów został przeze mnie zaakceptowane i zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty do zawarcia umów na wyżej wymienionych warunkach w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego zamówienia.
9. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia.
10. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
11. Zobowiązuję się do udzielania świadczeń zdrowotnych zgodnie z ustalonym przez Udzielającego Zamówienie harmonogramem.
12. Oferowane świadczenia zdrowotne udzielane będą przy wykorzystaniu bazy lokalowej, aparatury i sprzętu medycznego oraz środków transportu i łączności Udzielającego zamówienia.
13. Oświadczam, że posiadam doświadczenie w wykonywaniu świadczeń zdrowotnych w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii:

**Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii - ..... lat**

14. Oświadczam, że na dzień złożenia oferty miejscem mojego zatrudnienia jest (oddział)  
..... W .....  
..... (należy wpisać nazwę podmiotu  
leczniczego)

Miejscowość ..... data.....

.....  
(pieczętka i podpis Przyjmującego zamówienie  
lub osoby upoważnionej )