*Załącznik nr 1 do Regulaminu*

**FORMULARZ OFERTOWY**

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

Nazwa podmiotu (zgodnie z wpisem do właściwego rejestru)

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

Adres podmiotu

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

Rodzaj rejestru,NIP

**Szpital Powiatowy w Chrzanowie**

**Oferta na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie:**

kardiologii inwazyjnej w stanach nagłych,   
określonych w umowie przez NFZ jako E10, E11, E12G, E15   
wraz z zapewnieniem gotowości przez 24 godziny / dobę i 7 dni w tygodniu

oraz kwalifikacją do realizacji świadczeń Kompleksowej opieki po zawale mięśnia sercowego (KOS-Zawał)

Niniejszym składam ofertę na wykonywanie świadczeń zdrowotnych w zakresie kardiologii inwazyjnej w stanach nagłych, określonych w umowie przez NFZ jako E10, E11, E12G, E15 wraz z zapewnieniem gotowości przez 24 godziny / dobę i 7 dni w tygodniu oraz kwalifikacją

do realizacji świadczeń kompleksowej opieki po zawale mięśnia sercowego (KOS-Zawał) na rzecz pacjentów powiatu chrzanowskiego i osób zamieszkujących poza jego terenem.

**Wykaz procedur inwazyjnych w stanach nagłych**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Rodzaj zamówienia**  **(grupa JGP)** | **Cena za**  **1 punkt rozliczeniowy** |
| 1 | E10 OZW diagnostyka inwazyjna |  |
| 2 | E11 OZW leczenie inwazyjne dwuetapowe > 3 dni |  |
| 3 | E12G OZW leczenie inwazyjne |  |
| 4 | E15 OZW leczenie inwazyjne > 7 dni z pw |  |

…………………………….

**Pieczątka i podpis**

*Załącznik nr 2 do Regulaminu*

**OŚWIADCZENIE OFERENTA**

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

Nazwa podmiotu (zgodnie z wpisem do właściwego rejestru)

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

Adres podmiotu

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

Rodzaj rejestru, NIP

Oświadczam, że:

1. Oświadczam, że personel wskazany do realizacji zamówienia posiada odpowiednie uprawnienia i kwalifikacje do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia.
2. Samodzielnie dokonuję wszelkich rozliczeń z Urzędem Skarbowym.
3. Zapoznałem się z regulaminem i szczegółowymi warunkami konkursu ofert i przyjmuję je bez zastrzeżeń.
4. Złożoną ofertą pozostanę związany przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.
5. Zapoznałem się z warunkami i zapisami przedstawionymi w projekcie umowy i przyjmuję je bez zastrzeżeń.
6. Zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego Zamówienia.

Do formularza ofertowego dołączam następujące dokumenty:

1. ……………………………………………..
2. ……………………………………………..
3. ……………………………………………..
4. ……………………………………………..