



**Załącznik nr 2**  
do Ogłoszenia Konkursu Ofert  
na udzielanie świadczeń zdrowotnych  
w zakresie: wykonywania badań USG wraz z opisem

Uzdrowisko Goczałkowice - Zdrój sp. z o. o.		
Załącznik nr 2:	KONKURS OFERT	Postępowanie nr 4

**OFERTA**  
**na udzielanie świadczeń zdrowotnych**  
**w zakresie wykonywania badań USG wraz z opisem**

<b>Data:</b>	
<b>Imię i nazwisko / Nazwa Wykonawcy:</b>	
<b>Adres / siedziba:</b>	
<b>Adres do korespondencji:</b>	
<b>Nr telefonu:</b>	
<b>Adres e-mail:</b>	

Odpowiadając na konkurs, oferuję usługi medyczne na rzecz pacjentów Uzdrowiska Goczałkowice-Zdrój Sp. z o.o., o których mowa w rozdziale II Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert, na następujących warunkach:

**1. OFERTA CENOWA:**

Lp.	Rodzaj zamówienia (badanie)	Przedmiot zamówienia	Cena za 1 badanie
1	USG	Badanie + opis	





2. Zobowiązuję się do udzielania w/w świadczeń zdrowotnych według harmonogramu zawierającego, co najmniej dni i godziny oraz wykaz osób przedkładanego do 25 dnia każdego miesiąca na miesiąc kolejny do Działu Obsługi Medycznej. W uzasadnionych przypadkach, poza zatwierdzonym harmonogramem świadczeń, zobowiązuję się do realizacji dodatkowych świadczeń, w dni wskazane przez Kierownika Wielospecjalistycznej Przychodni Uzdrowskiej lub innej upoważnionej osoby, po uzgodnieniu telefonicznym.

#### Oświadczenia:

1. Wszelkie podane przeze mnie informacje są prawdziwe.
2. Zapoznałam/Zapoznałem się z treścią ogłoszenia i nie zgłaszam zastrzeżeń.
3. Oświadczam, że spełniam warunki określone w Ogłoszeniu.
4. Zobowiązuję się do zawarcia umowy w terminie wskazanym przez Udzielającego Zamówienia.
5. Uważam się związany/związana ofertą na czas wskazany w Ogłoszeniu.
6. Zobowiązuję się do wykonywania usług zgodnie ze złożoną ofertą.
7. Zapewniam, że świadczenia zdrowotne będą udzielane ze szczególną starannością, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej i obowiązującymi aktualnymi standardami z zakresu badań diagnostycznych oraz zgodnie z zasadami etyki zawodowej, przy respektowaniu praw pacjenta i zachowaniu ochrony danych osobowych.
8. Posiadam aktualne ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej (OC) na minimalną kwotę gwarantowaną w wysokości ....., obejmującą usługi świadczone przez zgłoszony personel. (Zobowiązuję się do przedłożenia kopii polisy OC na równowartość ..... na dzień podpisania umowy.)\*

Dnia: .....

Pieczętka i podpis: .....

#### Załączniki:

- 1). .....
- 2). .....
- 3). .....
- 4). .....
- 5). .....



UZDROWISKO GOCZAŁKOWICE-ZDRÓJ spółka z ograniczoną odpowiedzialnością

43-230 Goczałkowice-Zdrój • ul. Uzdrowska 54 • woj. śląskie

• Sekretariat: tel. (32) 449 21 01, fax.: (32) 449 21 17 • www.gozdroj.pl • e-mail: sekretariat@gozdroj.pl

• Centrala telefoniczna.: (32) 449 20 00

NIP 6381811134 • Regon 000291888 • Nr KRS 0000527775 Sąd Rejonowy w Katowicach Wydział VIII Gospodarczy KRS  
Kapitał Zakładowy: 51.188.000,00 zł wniesiony w całości ING Bank Śląski S. A. O/Pszczyna Nr 14 1050 1315 1000 0001 0136 6839