FORMULARZ OFERTOWY

Dane o Oferencie:

1. Pełna nazwa *

……..

……. …….

……

2. Adres Oferenta:

ul ……..……..……..nr ……...…….……

kod pocztowy …….…….…… miejscowość …….……..……..

tel ……..…..…… fax ……..……..…….…….……

Regon ……..…… NIP…….……

Numer KRS/wpis do Centralnej Ewidencji i Informacji Gospodarczej. …..……

W załączeniu przedkładam:**

1. W przypadku osób fizycznych legitymujących się nabyciem fachowych kwalifikacji:
   - kserokopie dokumentów potwierdzających posiadane kwalifikacje,
2. Zaświadczenie o wpisie do (CEIDG) lub odpis z Krajowego Rejestru Sądowego poświadczające, że oferent jest uprawniony do występowania w obrocie prawnym, udzielając świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie objętym przedmiotem konkursu zgodnie z wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą (zgodnie z art. 26 ust. 2 ustawy o działalności leczniczej).
3. Aktualny wypis z Rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą zawierający określenie rodzaju działalności leczniczej ”Ambulatoryjne świadczenia zdrowotne”.
4. Decyzję o nadaniu Numeru „REGON”.

Dokumenty należy złożyć w postaci kserokopii, potwierdzonych przez Oferenta za zgodność z oryginałem.

1. Przyjmujący Zamówienie przewiduje wykonywanie następującej ilości badań w okresie obowiązywania umowy:

Lp.	**Nazwa badania**	**Ilość badań w okresie obowiązywania umowy**	**Cena wraz z opisem**
1.	**Densytometria – 1 część ciała**	**300**	
2.	**Densytometria – każda następna część ciała**	**120**	
3.	**Densytometria całego ciała (Total Body)**	**50**	

2. Czas wykonania badania planowanego wraz z opisem od zgłoszenia w dniach roboczych .....(max 14 dni roboczych)

Miejsce wykonywania badań densytometrycznych - Katowice

.....

Dni i godziny wykonywania badań densytometrycznych

1. Poniedziałek od …… do ……

2. Wtorek od …… do ……

3. Środa od …… do ……

4. Czwartek od …… do ……

5. Piątek od …… do ……

6. Sobota od …… do ……

7. Niedziela od …… do ……

Przyjmowanie zgłoszeń telefonicznych pod nr ……

Przyjmuje termin płatności 30 dni, od dnia otrzymania faktury (rachunku) przez Katowickie Centrum Onkologii wraz z wykazem wykonanych świadczeń zdrowotnych.

……

…..

(pieczątka i podpis Oferenta