FORMULARZ OFERTOWY

Dane o Oferencie:

1. Pełna nazwa *

.....

2. Adres Oferenta:

ul .....

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. Wypis z 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 u „REGON”.
5. Kopię orzeczenia lekarskiego o zdolności do pracy.

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

Udzielający Zamówienia przyjmuje, że minimalna liczba osób niezbędnych do realizacji świadczeń zdrowotnych w zakresie porad w Poradni Dermatologicznej w imieniu oferenta to 1 osoba.

Proponowane ceny brutto

Lp.	Rodzaj świadczenia	ilość punktów w okresie obowiązywania umowy	Cena brutto w zł za jeden punkt rozumiany zgodnie z zasadami NFZ
1.	Porada w Poradni Dermatologicznej		

1. W przypadku obniżenia w umowie Centrum z NFZ lub innego płatnika, ilości punktów lub ich ceny zostanie obniżona wartość umowy, poprzez proporcjonalne obniżenie ceny lub ilości punktów, zmiana zostanie wprowadzona Aneksem do umowy.
2. Przyjmujący Zamówienie wyraża zgodę na ustalanie harmonogramu udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie porad w Poradni Dermatologicznej przez Udzielającego Zamówienie i zobowiązuje się wykonywać świadczenia zgodnie z tym harmonogramem.
3. Przyjmuje termin płatności 30 dni, od dnia otrzymania faktury (rachunku) przez Katowickie Centrum Onkologii wraz z wykazem wykonanych świadczeń zdrowotnych.

……..
(pieczątka i podpis Oferenta

- **Zaoferowane wynagrodzenie zostanie pomniejszone o składki z tytułu ubezpieczeń społecznych tj. emerytalnych, rentowych chorobowych, wypadkowych, ubezpieczenia zdrowotnego oraz Funduszu Pracy, jeżeli do ich odprowadzenia będzie zobowiązany Udzielający Zamówienia z tytułu zawartej umowy.**