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”.

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 onkologicznych 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 Onkologiczna		

1. W przypadku obniżenia/podwyższenia w umowie Centrum z NFZ lub innego płatnika, ilości punktów lub ich ceny zostanie obniżona/podwyższona wartość umowy, poprzez proporcjonalne obniżenie/podwyższenie ceny lub ilości punktów, zmiana zostanie wprowadzona Aneksem do umowy.
2. Przyjmujący Zamówienie wyraża zgodę na ustalanie harmonogramu udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie porad onkologicznych 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