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. Orzeczenie 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 konsultacji to osoba Przyjmującego Zamówienie.

Proponowane ceny brutto

Pakiet nr 1 – świadczenia realizowane w siedzibie Udzielającego Zamówienia

Lp.	Rodzaj świadczenia	ilość konsultacji w okresie obowiązywania umowy	Cena brutto w zł za jedną konsultację
1.	Konsultacje neurologiczne	100	

Pakiet nr 2 – świadczenia realizowane w siedzibie Przyjmującego Zamówienie

Lp.	Rodzaj świadczenia	ilość konsultacji w okresie obowiązywania umowy	Cena brutto w zł za jedną konsultację
1.	Konsultacje neurologiczne	50	

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

……..
(pieczątka i podpis Oferenta