FORMULARZ OFERTOWY

Dane o Oferencie:

.....
reprezentowaną przez .....
wpisaną do Centralnej Ewidencji i Informacji Gospodarczej
NIP .....
REGON .....
zwanym dalej „Przyjmującym Zamówienie”

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 porad i konsultacji diabetologicznych w imieniu oferenta to 1 osoba.

Proponowane ceny brutto

Lp.	Rodzaj świadczenia	Ilość punktów/ilość konsultacji w okresie obowiązywania umowy	Cena brutto w zł za jeden punkt/jedną poradę
1.	Porada diabetologiczna		
2.	Porada dla osoby nieubezpieczonej w NFZ		

1. Przyjmujący Zamówienie wyraża zgodę na ustalanie harmonogramu udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie porad i konsultacji diabetologicznych przez Udzielającego Zamówienie i zobowiązuje się wykonywać świadczenia zgodnie z tym harmonogramem.

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

……..
(pieczątka i podpis Oferent