FORMULARZ OFERTOWY

Dane o Oferencie:

1. Pełna nazwa *

……..

……. …….

……

2. Adres Oferenta:

ul ……..……..……..nr ……...…….……

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

tel ……..…..…… fax ……..……..…….……..……

Regon ……..…… NIP…….……

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

W załączeniu przedkładam:**

1. 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).
2. W przypadku podmiotów leczniczych - aktualny wypis z Rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą,
4. Decyzję o nadaniu Numeru Identyfikacji Podatkowej „NIP” oraz numeru „REGON”.

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

Proponowana kwota należności za:

Lp.	Nazwa badania	planowana liczba świadczeń w okresie obowiązywania umowy	proponowany czas oczekiwania na wynik (dni robocze) *	Materiał do badań	Cena brutto proponowana przez Przyjmującego Zamówienie	zakres badań genetycznych – typ **	Wartość
1.	badanie DPYD – niedobór dehydrogenezy dihydropirymidynowej	300	max 8 dni	krew obwodowa		proste badanie genetyczne	

*Czas wykonania badania liczy się od momentu zgłoszenia przez Udzielającego Zamówienia materiału do odbioru do otrzymania wyniku
**zakres badań genetycznych zgodny z Zarządzeniem Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia Nr 1/2022/DSOZ

1. Przyjmuje termin płatności 30 dni, od dnia otrzymania faktury (rachunku) przez Katowickie Centrum Onkologii wraz z wykazem wykonanych świadczeń zdrowotnych.
2. W przypadku gdy jest to konieczne Wykonawca zapewnia właściwe opakowanie transportowe.

……..

(pieczątka i podpis Oferenta