FORMULARZ OFERTOWY

Dane o Oferencie:

1. Pełna nazwa *

.....

2. Adres Oferenta:

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

tel ..... fax ……..……..…….……

Regon ..... NIP .....

Numer KRS/wpisu do Centralnej Ewidencji i Informacji Działalności Gospodarczej

W załączeniu przedkładam:**

1. W przypadku osób fizycznych legitymujących się nabyciem fachowych kwalifikacji:
   - kserokopie dokumentów potwierdzających posiadane kwalifikacje,
2. 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).
3. W przypadku podmiotów leczniczych - aktualny wypis z Rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą,
4. Decyzję o nadaniu numeru „REGON".
5. Orzeczenie o zdolności do pracy

1. **UWAGA: Odpowiedni wpis powinien określać rodzaju działalności leczniczej "Ambulatoryjne świadczenia zdrowotne".**

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

Minimalna ilość osób realizujących świadczenia zdrowotne to osoba Przyjmującego Zamówienie.

Konsultacje laryngologiczne na wezwanie będą wykonywane w ciągu ..... godzin od zgłoszenia telefonicznego pod numerem telefonu .....
Konsultacje laryngologiczne pilne „CITO" będą wykonywane w ciągu ..... godzin od zgłoszenia telefonicznego pod numerem telefonu .....

Lp.	Rodzaj świadczenia	ilość porad/konsultacji DILO w okresie obowiązywania umowy	Cena brutto w zł za jedną poradę/konsultację DILO
1.	Dojazd do Katowickiego Centrum Onkologii	100	
2.	Jedna konsultacja laryngologiczna	150	

Przyjmuje termin płatności 30 dni, od dnia otrzymania faktury (rachunku) przez Katowickie Centrum Onkologii.

……
…..
(pieczątka i podpis Oferenta)