FORMULARZ OFERTOWY

Dane o Oferencie:

1. Pełna nazwa *

……..

……. …….

……

2. Adres Oferenta:

ul ……..……..……..nr ……...…….……

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. Decyzję o nadaniu Numeru „REGON".
4. Orzeczenie o zdolności do pracy.

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

Przyjmujący Zamówienie zabezpieczy specjalistyczne świadczenia zdrowotne w Zakładzie Radioterapii

Katowickiego Centrum Onkologii w ilości …… godz. w następującym zakresie:

- Kontrola jakości aparatury medycznej,
- Zarządzanie systemami informatycznymi.

1. Przyjmujący Zamówienie proponuje zryczałtowaną kwotę brutto za jedną godzinę udzielanych świadczeń w Zakładzie Radioterapii w wysokości : ……
2. Dni i godziny realizacji umowy w zakresie świadczeń w zależności od potrzeb będą ustalane z Zarządzającym Zakładem Radioterapii

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

……

…..

(pieczątka i podpis Oferenta