FORMULARZ OFERTOWY

Dane o Oferencie:

1. Pełna nazwa *

……..

2. Adres Oferenta:

…….

kod pocztowy ……. miejscowość ……..

tel ……..…..…… fax ……..……..…..…….……

Regon ……. NIP ……

Numer KRS/wpis do Centralnej Ewidencji i Informacji Gospodarczej. w …….

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. Zaświadczenie o zdolności do pracy.

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

1. Oferowana ilość badań w okresie obowiązywania umowy ……..

2. Przyjmujący Zamówienie proponuje kwotę brutto za jedno badanie i wydanie orzeczenia w zakresie badań profilaktycznych (wstępnych, okresowych, kontrolnych) w tym dla pracowników narażonych na promieniowanie jonizujące w ramach poradni medycyny pracy …… zł

3. Przyjmujący Zamówienie wyraża zgodę na ustalanie harmonogramu udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie badań profilaktycznych (wstępnych, okresowych, kontrolnych) w tym dla pracowników narażonych na promieniowanie jonizujące w ramach poradni medycyny pracy przez Zarządzającego Poradnią Medycyny Pracy i zobowiązuje się wykonywać świadczenia zgodnie z tym harmonogramem.

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

…….

.

(pieczątka i podpis Oferenta