FORMULARZ OFERTOWY

Dane o Oferencie:

1. Pełna nazwa *

……..

2. Adres Oferenta:

ul …….

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. Aktualny wypis z Rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą zawierający określenie rodzaju działalności leczniczej ”Ambulatoryjne świadczenia zdrowotne”.
4. Decyzję o nadaniu Numeru u „REGON”.
5. Dokumenty potwierdzające spełnienie wymagań SWKO Rozdział I ust. 5.
6. Zaświadczenie o zdolności do pracy.

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

Minimalna ilość osób realizujących świadczenia to osoba Przyjmującego Zamówienie.

Proponowane ceny brutto

Lp.	Rodzaj świadczenia	ilość miesięcy – obowiązywania umowy	Cena brutto w za jeden miesiąc
1.	świadczeń urologicznych na wezwanie w tym: - konsultacji urologicznych, - wydawanie opinii lekarskich w zakresie wykonywanych działań leczniczych, - udział w Komitecie terapeutycznym, - udział w Komisji analizującej skuteczność leczenia.	22	

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

……..
(pieczątka i podpis Oferenta