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. 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. Aktualny wypis z Rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą zawierający określenie rodzaju działalności leczniczej ”Ambulatoryjne świadczenia zdrowotne”.
4. Decyzję o nadaniu Numeru „REGON”.

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

Przyjmujący Zamówienie przewiduje wykonywanie 100 konsultacji psychiatrycznych w okresie obowiązywania umowy.

Czas wykonania konsultacji psychiatrycznej od zgłoszenia w dniach roboczych .....

Miejsce wykonywania konsultacji psychiatrycznych

.....

Dni i godziny wykonywania konsultacji psychiatrycznych

1. Poniedziałek	od …… do ……
2. Wtorek	od …… do ……
3. Środa	od …… do ……
4. Czwartek	od …… do ……
5. Piątek	od …… do ……
6. Sobota	od …… do ……

7. Niedziela od …… do ……

Przyjmowanie zgłoszeń telefonicznych pod nr ……

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

……
…..
(pieczątka i podpis Oferenta