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.

Proponowana kwota należności (cena brutto) za świadczenia zdrowotne w zakresie urologii:

Lp.	Rodzaj świadczenia	Szacunkowa ilość świadczeń w okresie obowiązywania umowy	Cena brutto w zł za jedno świadczenie	Wartość ogółem brutto w zł
1.	Konsultacja urologiczna (w tym USG przezodbytnicze jeżeli jest niezbędne)	250		
2.	Cystoskopia	50		
3.	Cystostomia	50		
4.	Założenie cewnika	90		
5.	Wymiana cewnika	90		
6.	Założenie nefrostomii	50		
7.	Wymiana nefrostomii	50		
8.	Urofluometria	50		
9.	Zabieg operacyjny – na wezwanie 1 godz.	72 godz./w okresie obowiązywania umowy		
Wartość brutto razem pozycja 1-9 wynosi: .....(słownie.....)				

Miejscem wykonywania świadczenie zdrowotnego w zakresie urologii .....

.....
.....

Dni i godziny wykonywania świadczenia zdrowotnego

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 .....

Czas oczekiwania na wykonanie świadczenia zdrowotnego

„CITO”: .....

Planowane od momentu zgłoszenia: .....

Przyjmowanie zgłoszeń telefonicznych pod nr .....

podpis i pieczęć osoby/osób wskazanych w dokumencie, uprawnionej/uprawnionych do występowania w obrocie prawnym, reprezentowania Oferenta i składania oświadczeń woli w jego imieniu.

*niepotrzebne skreślić

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

……..
(pieczątka i podpis Oferenta