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”.
5. Orzeczenie o zdolności do pracy

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

Pakiet nr 1 – konsultacje kardiologiczne w tym badania UKG

Przyjmujący Zamówienie przewiduje wykonywanie rocznie:

1. konsultacji kardiologicznych w tym badań UKG – 6.000

Przyjmujący Zamówienie proponuje zryczałtowaną kwotę brutto za jedną konsultację kardiologiczną w tym badanie UKG w wysokości : ……

1.1 Czas wykonania konsultacji wraz z badaniem od zgłoszenia w dniach roboczych .....

Pakiet nr 2 – konsultacje chirurgii naczyń w tym badanie USG Doppler

Przyjmujący Zamówienie przewiduje wykonywanie rocznie:

1. konsultacji chirurgii naczyń w tym badanie USG Doppler 600

Przyjmujący Zamówienie proponuje zryczałtowaną kwotę brutto za jedną konsultację chirurgii naczyń w tym badanie USG Doppler w wysokości .....

1.1 Czas wykonania konsultacji wraz z badaniem od zgłoszenia w dniach roboczych .....

Miejsce wykonywania świadczeń kardiologicznych/ konsultacji chirurgii naczyń

.....

Dni i godziny wykonywania konsultacji chirurgii naczyń w tym badania USG doppler oferowane przez Przyjmującego Zamówienie.

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 ……

Dni i godziny wykonywania konsultacji kardiologicznych w tym badania UKG oferowane przez Przyjmującego Zamówienie.

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