FORMULARZ OFERTOWY

Dane o Oferencie:

1. Pełna nazwa *

……

1. Adres Oferenta:

ul …… kod pocztowy …….. miejscowość ……

tel ……. fax ……..……..…….…….……

Regon …….. NIP ……..

Numer KRS/wpisu do Centralnej Ewidencji i Informacji Działalności 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. W przypadku podmiotów leczniczych - aktualny wypis z Rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą,
4. Decyzję o nadaniu numeru „REGON".
5. Orzeczenie o zdolności do pracy.

UWAGA: Odpowiedni wpis powinien wykazywać, że miejscem wykonywania działalności jest Szpital Wielospecjalistyczny
Powyższe dokumenty należy złożyć w postaci kserokopii, potwierdzonych przez Oferenta za zgodność z oryginałem.

Nazwa świadczenia	Oferowana liczba godzin	Proponowany cena brutto za jedną godzinę
Lekarskie świadczenia zdrowotne realizowane od poniedziałku do piątku w godzinach od 8:00 do 15:35 w Oddziale Ginekologiczno – Położniczym z Pododdziałem Ginekologii Onkologicznej z zachowaniem minimum 4 dniowego tygodnia pracy		

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

podpis oferenta

*do oferty należy dołączyć proponowane dni i godziny realizacji świadczeń zdrowotnych w poszczególnych pakietach.