FORMULARZ OFERTOWY

Dane o Oferencie:

1. Pełna nazwa *

……..

……. …….

……

2. Adres Oferenta:

ul ……..……..……..nr ……...……..……

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".

1. UWAGA: Odpowiedni wpis powinien określać rodzaju działalności leczniczej "Ambulatoryjne świadczenia zdrowotne".

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

Minimalna ilość osób realizujących świadczenia zdrowotne to osoba Przyjmującego Zamówienie.

Lp.	Rodzaj świadczenia	ilość porad/konsultacji DILO w okresie obowiązywania umowy	Cena brutto w zł za jedną poradę/konsultację DILO
1.	Porada laryngologiczna	400	
2.	Konsultacja DILO w zakresie laryngologii onkologicznej	150	

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

……

…..

(pieczątka i podpis Oferenta)