Załącznik nr 1 do SWKO

FORMULARZ OFERTOWY

Dane o Oferencie:

1. Pełna nazwa *

…….

2. Adres Oferenta:

ul ……

kod pocztowy ……. miejscowość …….

tel ……..…..…… fax ……..……..…..…….……

Regon …….. NIP …….

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.
6. Zaświadczenie o niekaralności z Krajowego Rejestru Karnego – KRK

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.

Lp.	**Rodzaj świadczenia**	Ilość świadczeń do zrealizowania w okresie obowiązywania umowy	Proponowana cena brutto w zł za jeden punkt rozumiany zgodnie z zasadami NFZ/cena za jedną ocenę skuteczności leczenia
1.	Jeden punkt rozumiany zgodnie z zasadami NFZ w Poradni Onkologicznej		
2.	Dodatek za jedną sprawozdaną ocenę skuteczności leczenia		

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 zakresach.