# FORMULARZ OFERTOWY

**Dane o Oferencie:**

1. Pełna nazwa *

……

2. Adres Oferenta:

ul ……..

kod pocztowy …….. miejscowość ……..

tel …….. fax ……..……..…….……..……

Regon ……..…… NIP…….……

PESEL …….

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. Wypis z 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 u „REGON”.
5. Dokumenty potwierdzające spełnienie wymagań SWKO Rozdział I ust. 5.
6. Zaświadczenie o zdolności do pracy.

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

Minimalna ilość osób realizujących świadczenia to osoba Przyjmującego Zamówienie.

**Proponowane ceny brutto**

| Lp. | Rodzaj świadczenia | ilość miesięcy – obowiązywania umowy | Cena brutto w za jeden miesiąc |
|---|---|---|---|
| 1. | Realizacja świadczeń na realizację świadczeń lekarskich chirurgii onkologicznej na wezwanie w tym:<br>- konsultacji chirurgii onkologicznej,<br>- wydawanie opinii lekarskich w zakresie skuteczności leczenia,<br>- udział w Komitecie terapeutycznym,<br>- udział w Komisji analizującej skuteczność leczenia. | 23 | |

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

……..
(pieczątka i podpis Oferenta