FORMULARZ OFERTOWY

Dane o Oferencie:

1. Pełna nazwa *

.....

2. Adres Oferenta:

.....

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. 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”.

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

Minimalna ilość osób realizujących świadczenia zdrowotne dla jednego pakietu to osoba Przyjmującego Zamówienie.

Proponowane ceny brutto za:

Pakiet nr 1

Lp.	Rodzaj świadczenia – zakres zgodny z certyfikatem w zakresie chorób wewnętrznych	ilość badań w okresie obowiązywania umowy	Cena brutto w zł za jedno badanie
1.	Dla osób uprawnionych do świadczeń w ramach ubezpieczenia z NFZ		
2.	Dla osób nieuprawnionych do świadczeń w ramach ubezpieczenia z NFZ		

Pakiet nr 2

Lp.	Rodzaj świadczenia - USG – doppler tętnic szyjnych	ilość badań w okresie obowiązywania umowy	Cena brutto w zł za jedno badanie
1.	Dla osób uprawnionych do świadczeń w ramach ubezpieczenia z NFZ		
2.	Dla osób nieuprawnionych do świadczeń w ramach ubezpieczenia z NFZ		

Pakiet nr 3

Lp.	Rodzaj świadczenia - UKG – echokardiografia z użyciem kolorowego dopplera	ilość badań w okresie obowiązywania umowy	Cena brutto w zł za jedno badanie
1.	Dla osób uprawnionych do świadczeń w ramach ubezpieczenia z NFZ		
2.	Dla osób nieuprawnionych do świadczeń w ramach ubezpieczenia z NFZ		

Przyjmujący Zamówienie wyraża zgodę na ustalanie harmonogramu udzielania świadczeń zdrowotnych zgodnie z pakietami przez Udzielającego Zamówienie i zobowiązuje się wykonywać świadczenia zgodnie z tym harmonogramem.

Przyjmuje termin płatności 30 dni, od dnia otrzymania faktury (rachunku) przez Katowickie Centrum Onkologii wraz z wykazem wykonanych świadczeń zdrowotnych.

…….

.

(pieczątka i podpis Oferenta