FORMULARZ OFERTOWY

Dane o Oferencie:

1. Pełna nazwa *

……

2. Adres Oferenta:

ul ……..

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”.
5. Orzeczenie o zdolności do pracy

Dokumenty należy złożyć w postaci kserokopii, potwierdzonych przez Oferenta za zgodność z oryginałem.
Udzielający Zamówienia przyjmuje, że minimalna liczba osób niezbędnych do realizacji świadczeń zdrowotnych to osoba Przyjmującego Zamówienie.

Przyjmujący Zamówienie proponuje stawkę brutto za jedną godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych:

Lp.	Rodzaj świadczenia	Ilość godzin w okresie obowiązywania umowy	Cena brutto za jedną godzinę udzielania świadczeń
1.	Jedna godzina udzielania świadczeń w zakresie konsultacji neurologicznych	550	

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

……..
(pieczątka i podpis Oferenta