FORMULARZ OFERTOWY

Dane o Oferencie:

1. Pełna nazwa *

.....

2. Adres Oferenta:

.....

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".
5. Orzeczenie o zdolności do pracy
6. Zaświadczenie 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.

Pakiet Nr 1

Lp.	Nazwa świadczenia Oddział Geriatrii	Oferowana liczba godzin	Proponowana cena brutto za jedną godzinę udzielania świadczenia
1.	Dni powszechne - robocze od poniedziałku do piątki w godz. 8:00 do 15:35 średniomiesięcznie 159:15		

Pakiet Nr 2

Lp.	Nazwa świadczenia Oddział Geriatrii oraz Oddział Radioterapii	Oferowana liczba godzin	Proponowana cena brutto za jedną godzinę udzielania świadczenia
1.	Dni powszechne - robocze od godz. 15.35 do 8.00 dnia następnego oraz dni wolne od pracy (soboty, niedziele i święta) od 8.00 do 8.00 dnia następnego		

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

……..

(pieczątka i podpis Oferenta)