FORMULARZ OFERTOWY

Dane o Oferencie:

1. Pełna nazwa *

……..

……. …….

……

2. Adres Oferenta:

ul ……..……..……..nr ……...……..……

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 ”Stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne”.
4. Decyzję o nadaniu Numeru u „REGON”.
5. Dokumenty potwierdzające kwalifikacje w zakresie USG piersi
6. 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 w zakresie badań USG to osoba Przyjmującego Zamówienie.

Proponowane ceny brutto:

Lp.	Rodzaj świadczenia	szacowana ilość zabiegów w okresie obowiązywania umowy	Cena brutto w zł za jeden zabieg
1.	Badanie USG piersi		
2.	Biopsja gruboigłowa piersi pod kontrolą USG/mammografii		
3.	Biopsja gruboigłowa piersi (2 zmiany)		
4.	Biopsja cienkoigłowa piersi pod kontrolą USG/mammografii		
5.	Biopsja piersi wspomagana próżnią pod kontrolą USG/mamografii		

1. Realizacja świadczeń zdrowotnych w terminach uzgodnionych z Zarządzającym Pracownią Diagnostyki Obrazowej.

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

……..
(pieczątka i podpis Oferenta