FORMULARZ OFERTOWY

Dane o Oferencie:

1. Pełna nazwa *

.....

1. Adres Oferenta:

ul ..... 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 o niekaralności z Krajowego Rejestru Karnego – 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.

Nazwa świadczenia	Oferowana liczba godzin	Proponowany cena brutto za jedną godzinę udzielania świadczeń
Jedną godzinę lekarskich świadczeń zdrowotnych w Oddziale Onkologii z Pododdziałem Chorób Wewnętrznych oraz Izbie Przyjęć – Zespół Nr 1 w dni robocze w godzinach od 8:00 do 15:35		

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

podpis oferenta