FORMULARZ OFERTOWY

Dane o Oferencie:

.....
reprezentowaną przez .....
wpisaną do Centralnej Ewidencji i Informacji Gospodarczej
NIP .....
REGON .....
zwanym dalej „Przyjmującym Zamówienie”
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. Wykaz lekarzy udzielających świadczeń zdrowotnych zgodnie z załączonym wzorem wraz z kompletem dokumentów potwierdzających posiadane kwalifikacje.

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 porad i konsultacji diabetologicznych w imieniu oferenta to 1 osoba.

Proponowane ceny brutto

Lp.	Rodzaj świadczenia	Ilość punktów/ilość konsultacji w okresie obowiązywania umowy	Cena brutto w zł za jeden punkt/jedną konsultację
1.	Porada diabetologiczna		
2.	Konsultacja diabetologiczna		
3.	Porada/konsultacja diabetologiczna dla osób nieuprawnionych do świadczeń w ramach ubezpieczenia z Narodowym Funduszem Zdrowia		

kwota brutto za jeden punkt rozumiany zgodnie z zasadami NFZ, zostanie pomniejszony o koszty badań, transportu i innych świadczeń zlecanych przez Przyjmującego Zamówienie a obciążających Katowickie Centrum Onkologii.

1. Przyjmujący Zamówienie wyraża zgodę na ustalanie harmonogramu udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie porad i konsultacji diabetologicznych przez Udzielającego Zamówienie i zobowiązuje się wykonywać świadczenia zgodnie z tym harmonogramem.
2. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do dobrowolnego pokrycia wszelkich kosztów badań, transportu i innych świadczeń zlecanych przez siebie w poradni diabetologicznej i uznaje w całości roszczenie w powyższym zakresie przez Katowickie Centrum Onkologii.

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

……..
(pieczątka i podpis Oferent