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 od poniedziałku do piątki w godz. 8:00 do 15:35		

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 od poniedziałku do piątku 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)