FORMULARZ OFERTOWY

Dane o Oferencie:

1. Pełna nazwa *

……..

……. …….

……

2. Adres Oferenta:

ul ……..……..……..nr ……...……..……

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".

Udzielający Zamówienia przyjmuje, że minimalna liczba osób niezbędnych do realizacji świadczeń zdrowotnych w zakresie zabezpieczenia onkologicznego to 1 osoba.

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.

Lp.	Rodzaj świadczenia	ilość godzin w okresie obowiązywania umowy	Cena brutto w zł za jedną godzinę świadczeń zdrowotnych
1.	udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych w zakresie onkologii w ramach Oddziałów Katowickiego Centrum Onkologii	2.000	

1. Przyjmujący Zamówienie wyraża zgodę na ustalanie harmonogramu udzielania lekarskich świadczeń zdrowotnych w zakresie onkologii w ramach Oddziału Onkologicznego przez Udzielającego Zamówienie i zobowiązuje się wykonywać świadczenia zgodnie z tym harmonogramem.
2. Przyjmuje termin płatności 30 dni, od dnia otrzymania faktury (rachunku) przez Katowickie Centrum Onkologii wraz z wykazem wykonanych świadczeń zdrowotnych.

……

…..

(pieczątka i podpis Oferenta)