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 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 Identyfikacji Podatkowej „NIP” oraz numeru „REGON”.

Dokumenty należy złożyć w postaci kserokopii, potwierdzonych przez Oferenta za zgodność z oryginałem.

Proponowana kwota należności za:

	Rodzaj świadczenia	Szacunkowa ilość pacjentów w okresie obowiązywania umowy	Cena brutto w zł za jednego pacjenta	Wartość ogółem brutto w zł
1.	Limfoscyntygrafia dla potrzeb oznaczenia węzła wartowniczego w schorzeniach raka piersi oraz czerniaka złośliwego skóry.	750		

……..
(pieczątka i podpis Oferenta)