….....
pieczęć oferenta

FORMULARZ OFERY
Konkurs ofert na świadczenia zdrowotne w zakresie
wykonywania badań TK.RM
dla Zakładu Lecznictwa Ambulatoryjnego w Chrzanowie sp.z o.o .

1. Oferent .....
2. Adres oferenta .....
3. Nr telefonu .....
4.Forma organizacyjna podmiotu leczniczego .....
5.Rodzaj prowadzonej działalności leczniczej .....
6.Nr wpisu do ewidencji działalności gospodarczej .....
7. Nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą ….....
8.REGON ….....
9. NIP ….....
10.Nazwa banku oraz nr rachunku .....
11. Nr polisy ubezpieczeniowej .....
12. Okres obowiązywania polisy .....
13. Kontakt e-mail.....

Zgłaszam ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania badań mikrobiologicznych w okresie od ….....do ….....

Cena brutto za 1 badanie tomografii komputerowej wraz z opisem .....zł w tym ….....% vat

Cena brutto za 1 badanie rezonansu magnetycznego wraz z opisem ….....zł w tym ….....% vat

Oferuje wykonywanie niniejszych świadczeń(adres miejsca wykonywania badania
.....
codziennie od poniedziałku do piątku
poniedziałek .....
wtorek.....
środa ….....
czwartek .....
piątek ….....

Oświadczenie.

1) **Oświadczam ,że** zapoznałem się z treścią ogłoszenia ,szczegółowymi warunkami konkursu ofert, wzorem umowy i nie wnoszę zastrzeżeń **oraz** z przepisami ustawy z dnia 15.04.2012 o działalności leczniczej /Dz.U 2011 nr 112 poz. 654 z późn.zm

2) **Oświadczam,że** spełniam warunki :

1. posiadam uprawnienia do wykonywania w/w działalności lub czynności
2. posiadam wiedzę i doświadczenie
3. dysponuje odpowiednim potencjałem technicznym oraz osobami zdolnymi do wykonania zamówienia
4. znajduje się sytuacji ekonomicznej i finansowej gwarantującej realizację zamówienia

3) **Oświadczam,że** jako podwykonawca badań TK,RM wyrażam gotowość do poddania się kontroli ze strony OW NFZ ,właściwego dla siedziby Udzielającego zamówienie , na zasadach określonych w ustawie z dnia 27.08.2004 o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych ,w zakresie wynikającym z umowy zawartej przez Udzielającego Zamówienie z NFZ.

Do formularza oferty załączam następujące dokumenty:

1.....
2.....,
3.....
4.....
5.....

Chrzanów ,dnia..... ….....
podpis oferenta