

Formularz ofertowy

1. Dane oferenta (nazwa, siedziba lub imię i nazwisko, adres, numer telefonu do kontaktu) :

.....
.....
.....
.....

2. Data sporządzenia oferty:

3. Proponuję należność:

3.1 w zakresie zadania nr 1

- zł brutto za jedną konsultację okulistyczną podstawową
- zł brutto za jedną konsultację osoby prowadzącej pojazd służbowy

3.2 w zakresie zadania nr 2

- zł brutto za jedną konsultację dla noworodków i wcześniaków w siedzibie Udzielającego Zamówienie

4. Oświadczam, iż zapoznałem/łam się z treścią ogłoszenia, materiałami informacyjnymi, wzorem umowy oraz posiadam możliwość realizacji przedmiotu zamówienia zgodnie z wymogami NFZ i poddam się kontroli NFZ oraz Udzielającego Zamówienia.

5. Oświadczam, iż posiadam możliwość wykonania świadczeń na warunkach podanych w materiałach konkursowych i wzorze umowy oraz posiadam kwalifikacje do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub określonej dziedzinie medycyny, zgodnie z ustawą o działalności leczniczej.

6. Dysponuję następującymi środkami łączności na które można zamawiać badania lub wysyłać pisemne zlecenia:

Telefon:

Fax:

E-mail:.....

7. Oświadczam, że:

- Wykonam przedmiot zamówienia we własnym zakresie bez udziału podwykonawców **tak / nie *)**
- Deklaruję możliwość przyjmowania zleceń konsultacji/badań drogą SMS na numer..... i niezwłoczny zwrotny kontakt w celu ustalenia szczegółów **tak / nie *)**
- Dotychczas posiadałam/em umowę z Udzielającym Zamówienia **tak / nie *)**

*) wybrać właściwe; brak zaznaczenia odpowiedzi oznacza wybór odpowiedzi „nie”

8. Załączniki:

1. Aktualny wypis z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, potwierdzający uprawnienie do świadczenia usług zdrowotnych objętych przedmiotem konkursu
2. Aktualny wypis z CEIDG lub Krajowego Rejestru Sądowego Przyjmującego Zamówienie
3. Dane dotyczące liczby i kwalifikacji zawodowych osób udzielających świadczenia stanowiących przedmiot konkursu
4. Polisa OC
5. Dane dotyczące lokalu oraz posiadanej aparatury i sprzętu medycznego.
6. Poświadczenie doświadczenia poszczególnych osób wskazanych do realizacji świadczeń - liczba lat pracy w zakresie orzecznictwa medycyny pracy/w zakresie diagnostyki i leczenia noworodków i wcześniaków.
7.
8.

.....

...

Podpis osoby uprawnionej do reprezentowania oferenta