

Formularz ofertowy

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

.....
.....

2. Data sporządzenia oferty:

3. Proponuję należność:

- zł brutto za Konsylium w siedzibie USK Nr 4 (Udzielający Zamówienie)
- zł brutto za Konsylium przy zdalnym udziale osoby od Przyjmującego Zamówienie

4. Oświadczam, że 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, MZ i Udzielającego Zamówienia.

5. Oświadczam, że posiadam kwalifikacje do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub określonej dziedzinie medycyny, zgodnie z ustawą o działalności leczniczej.

6. Oświadczam, że posiadam możliwość wykonania świadczeń na warunkach podanych w materiałach konkursowych i wzorze umowy.

7. Dysponuję następującymi środkami łączności, na które można zamawiać usługi (wysłać zlecenia):

Telefon:

e-mail:

8. Dodatkowo oświadczam, iż:

- Posiadam certyfikat zarządzania jakością ISO 9001 i kopię dołączam do oferty:
tak / nie *)
- Wykonam przedmiot zamówienia we własnym zakresie bez udziału podwykonawców:
tak / nie *)
- Odległość jednostki, w której będą wykonywane procedury radioterapii onkologicznej od siedziby Udzielającego Zamówienie wynosi km.
- Jestem jednostką, która posiadała dotychczas umowę z Udzielającym Zamówienie w zakresie tożsamym z przedmiotem zamówienia:
tak / nie *)

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

9. Wykazuję następujące osoby do udzielania świadczeń w postaci konsultacji w ramach Wielodyscyplinarnego Zespołu Terapeutycznego:

Lp	Nazwisko	Imię	Pesel	Nr prawa wykonywania zawodu oraz data uzyskania	Nazwa specjalizacji oraz data uzyskania
1					
2					
3					
4					
5					

10. Załączniki:

1. Aktualny wypis z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, potwierdzający uprawnienie do świadczenia usług zdrowotnych objętych przedmiotem konkursu (wydruk pierwszej strony).
2. Aktualny wypis z Krajowego Rejestru Sądowego Przyjmującego Zamówienie.
3. Polisa OC.
4. Posiadane Certyfikaty.
5. Kopie prawa wykonywania zawodu oraz kopie specjalizacji lekarzy wykazanych do udzielania świadczeń w postaci konsultacji w ramach Wielodyscyplinarnego Zespołu Terapeutycznego.
6.
7.

.....
Podpis osoby uprawnionej do reprezentowania oferenta