
(pieczęć adresowa firmy Oferenta)

FORMULARZ OFERTOWY

Dane oferenta:

Nazwa Oferenta	
NIP	
REGON	
Adres siedziby	
Adres do korespondencji	
Telefon	
E-mail	

I. Nawiązując do ogłoszenia o konkursie na świadczenia zdrowotne, składam następującą ofertę:

Część 1: Udzielanie świadczeń krioterapii ginekologicznej w Nowym Wiśniczu

Nazwa	Maksymalna liczba świadczeń	Cena brutto za 1 zabieg	Cena brutto za całość zamówienia	Termin wykonania
KRIOTERAPIA GINEKOLOGICZNA				7 dni

Część 2: elektrokoagulacja ginekologiczna

Nazwa	Maksymalna liczba świadczeń	Cena brutto za 1 zabieg	Cena brutto za całość zamówienia	Termin wykonania
ELEKTROKOAGULACJA GINEKOLOGICZNA				7 dni

1. Oświadczam, że świadczenia udzielane będą w

.....

(dokładny adres placówki).

1.2. Oświadczam, iż placówka posiada certyfikat jakości/akredytację (załączyć dokument).

1.3. Oświadczam, iż placówka, w której wykonywane będą badania czynna jest w dniach godz.
i w tym terminie pacjenci będą mogli korzystać z usług objętych umową.

1.4. Oświadczam, iż posiadam we własnej strukturze organizacyjnej pracownie diagnostyczne w których wykonuje się wszystkie usługi objęte konkursem.*

II. Niniejszym, oświadczam, że:

- a. Zapoznałem się z treścią ogłoszenia, warunkami konkursu oraz umowy i przyjmuję je bez zastrzeżeń.
- b. Posiadam stosowne uprawnienia do wykonywania świadczenia oraz wiedzę i doświadczenie niezbędne do wykonania przedmiotowych świadczeń zdrowotnych;
- c. Złożoną ofertą pozostanę związany przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.
- d. Zapoznałem się z projektem umowy i akceptuję proponowane w nim postanowienia oraz zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty jako najkorzystniejszej do stawienia się w wyznaczonym przez Organizatora konkursu terminie i miejscu w celu podpisania umowy na tychże warunkach.
- e. Jestem gotowy do realizacji świadczeń od daty obowiązywania umowy.
- f. W przypadku wyboru mojej oferty, najpóźniej w dniu podpisania umowy przedstawię potwierdzenie zawarcia umowy obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej z rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz.U.2011.293.1729).

g. Wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia w niniejszym postępowaniu.*

III. Oświadczam, że świadczenia zdrowotne objęte niniejszym konkursem udzielane będą przez zespół liczący min. osób.

*niepotrzebne skreślić.

.....

data i podpis