
(pieczęć adresowa firmy Oferenta)

FORMULARZ OFERTOWY

Dane oferenta:

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

Nawiązując do ogłoszenia o konkursie na świadczenia zdrowotne w zakresie badań radiologicznych, składam następującą ofertę:

1. Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia zgodnie z Załącznikiem 2 za cenę:

..... zł brutto

(słownie:).

2. Oświadczam, że świadczenia udzielane będą w

.....
(dokładny adres placówki).

3. Oświadczam, iż placówka, w której wykonywane będą badania czynna jest w dniach :

i w tym terminie pacjenci będą mogli korzystać z usług objętych umową.

4. Niniejszym, oświadczam, że:

- 6.1 Zapoznałem się z treścią ogłoszenia, warunkami konkursu oraz umowy i przyjmuję je bez zastrzeżeń.
- 6.2 Posiadam stosowne uprawnienia do wykonywania świadczenia oraz wiedzę i doświadczenie niezbędne do wykonania przedmiotowych świadczeń zdrowotnych;
- 6.3 Złożoną ofertą pozostanę związany przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.
- 6.4 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.
- 6.5 Jestem gotowy do realizacji świadczeń od daty obowiązywania umowy, w terminach wskazanych w załączniku nr 2 do warunków konkursu.
- 6.6 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).

.....
data i podpis