
(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, składam następującą ofertę:

Nazwa	Maksymalna liczba świadczeń	Cena brutto za 1 badanie	Cena brutto za całość zamówienia	Termin wykonania i dostarczenia wyniku
MAMMOGRAFIA	50			10 dni roboczych

1. Oświadczam, że świadczenia udzielane będą w

.....

(dokładny adres placówki).

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

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.
4. Oświadczam, iż posiadam we własnej strukturze organizacyjnej pracownie diagnostyczne w których
wykonuje się wszystkie usługi objęte konkursem.*
5. Oświadczam, że świadczenia zdrowotne objęte niniejszym konkursem udzielane będą przez zespół
liczący min. osób.
6. Niniejszym, oświadczam, że:
 - 5.1 Zapoznałem się z treścią ogłoszenia, warunkami konkursu oraz umowy i przyjmuję je bez
zastrzeżeń.
 - 5.2 Posiadam stosowne uprawnienia do wykonywania świadczenia oraz wiedzę
i doświadczenie niezbędne do wykonania przedmiotowych świadczeń zdrowotnych;
 - 5.3 Złożoną ofertą pozostanę związany przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.
 - 5.4 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.
 - 5.5 Jestem gotowy do realizacji świadczeń od daty obowiązywania umowy.
 - 5.6 W przypadku wyboru mojej oferty, najpóźniej w dniu podpisania umowy przedstawię potwierdzenie
zawarcia umowy obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej zgodnie
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).
 - 5.7 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.*

*niepotrzebne skreślić

.....
data i podpis