
(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 nerw | Cena brutto za całość zamówienia | Termin wykonania i przekazania opisu |
|------------------------|-----------------------------|-----------------------|----------------------------------|--------------------------------------|
| Elektromiografia (EMG) | 20 | | | 30 dni robocze |

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

*niepotrzebne skreślić

.....
data i podpis