

FORMULARZ OFERTOWY

I. Dane oferenta:

Nazwa podmiotu leczniczego			
Organ prowadzący rejestr (nazwa Okręgowej Rady Lekarskiej/Wojewody)		Nr księgi rejestrowej	
Adres siedziby / głównego miejsca prowadzenia działalności			
Kraj	Miejscowość		
Kod pocztowy	Poczta		
Ulica	Nr domu	Nr lokalu	
E-mail	telefon	fax	
Adres do korespondencji (wypełnić jeżeli różni się od adresu siedziby / miejsca prowadzenia działalności):			
Kraj	Miejscowość		
Kod pocztowy	Poczta		
Ulica	Nr domu	Nr lokalu	
Działalność gospodarcza			
Numer identyfikacji podatkowej (NIP):		REGON:	
Nazwa banku, Nr konta		KRS	

Składam ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych w Regionalnym Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Lublinie.

II. Za realizację przedmiotu zamówienia oferuję cenę:

..... zł brutto / godzinę

III. Oświadczenia:

1. W okresie trwania umowy zapewniam niezmiennosc cen.
2. Oświadczam, że przedmiot zamówienia będzie realizowany przez następujących lekarzy:
 - 1) (imię i nazwisko lekarza)
 - 2)
 - 3)
 - 4)
3. Oświadczam, że załączony wzór umowy został przeze mnie zaakceptowany i zobowiązuję się w przypadku wyboru naszej oferty do zawarcia umowy na wyżej wymienionych warunkach w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego Zamówienia.
4. Zobowiązuję się do zawarcia umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne i do udzielania świadczeń zdrowotnych na warunkach w niej określonych, zgodnie ze wzorem załączonym do WKO oraz wyrażam zgodę na jej ewentualne przedłużenie w drodze aneksu na kolejny okres nieprzekraczający 12 m-cy.
5. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia.

6. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią Warunków konkursu ofert nr DOP-334/4/19/U.Dz.L. i nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
7. Zainteresowałem się wszystkimi koniecznymi informacjami niezbędnymi do przygotowania oferty oraz wykonania przedmiotowego zamówienia.
8. Uważam się związany ofertą przez okres 30 dni.
9. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
10. Zobowiązuję się do udzielania świadczeń zdrowotnych w miejscach, dniach i godzinach uzgodnionych z Udzielającym Zamówienia oraz zgodnie z ustalonym harmonogramem.

II. Do oferty załączam:

1. Aktualny odpis z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą / zaświadczenie o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą*,
2. Aktualny odpis właściwego rejestru Krajowego Rejestru Sądowego / wyciąg z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej*,
3. Umowa spółki cywilnej (jeżeli działalność gospodarcza jest prowadzona w formie spółki cywilnej) *,
4. Prawo wykonywania zawodu lekarzy przyznane przez odpowiednią Okręgową Radę Lekarską, które nie uległo zawieszeniu oraz nie zostało ograniczone w zakresie wykonywania określonych czynności medycznych,
5. Dyplomy lekarzy,
6. Dokumenty potwierdzające kwalifikacje zawodowe – w tym specjalizacje (tj. dyplomy specjalizacji):

- 1)
- 2)
- 3)
- 4)

(inne dokumenty -wskazać jakie)

.....
(miejscowość, data)

.....
(pieczętka i podpis osoby uprawnionej do reprezentacji)

*-niewłaściwe skreślić

RADCA PRAWNY


Katarzyna Siwek-Gomuła
3.12.2019.