

FORMULARZ OFERTOWY

I. Dane oferenta:

Imię i nazwisko pielęgniarki / ratownika medycznego /nazwa podmiotu leczniczego			
Rodzaj praktyki		Nr prawa wykonywania zawodu	
Organ prowadzący rejestr		Nr księgi rejestrowej	
Adres zamieszkania			
Kraj		Miejscowość	
Kod pocztowy		Poczta	
Ulica		Nr domu	Nr lokalu
E-mail		telefon	fax
Adres do korespondencji (wypełnić jeżeli różni się od adresu zamieszkania):			
Kraj		Miejscowość	
Kod pocztowy		Poczta	
Ulica		Nr domu	Nr lokalu
Działalność gospodarcza			
Firma			Siedziba
Numer identyfikacji podatkowej (NIP)		REGON	
Nazwa banku, Nr konta			

Składam ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych w Regionalnym Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Lublinie w ramach Zadania Nr:(wpisać właściwe)

II. Za realizację przedmiotu zamówienia oferuję cenę:

- 1) Dla Zadania - za każdą godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych
- 2) Dla Zadania - za każdą godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych
- 3) Dla Zadania - za każdą godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych
- 4) Dla Zadania - za każdą godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych
- 5)

II. Oświadczenia:

1. W okresie trwania umowy zapewniam niezmiennosc cen.
2. Oświadczam, że załączony wzór umowy został przeze mnie zaakceptowany i zobowiązuje się w przypadku wyboru mojej oferty do zawarcia umowy na wyżej wymienionych warunkach w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego Zamówienia.
3. 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.

4. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia.
5. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią Warunków konkursu ofert nr DOP-334/5/19/U.Dz.L i nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
6. Zainteresowałem się wszystkimi koniecznymi informacjami, niezbędnymi do przygotowania oferty oraz wykonania przedmiotowego zamówienia.
7. Uważam się związany ofertą przez okres 30 dni.
8. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
9. Zobowiązuję się do udzielania świadczeń zdrowotnych w miejscach, dniach i godzinach uzgodnionych z Udzielającym Zamówienia oraz zgodnie z ustalonym harmonogramem.

III. Do oferty załączam:

1. Odpis z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą / zaświadczenie o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą*,
2. wyciąg z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej*,
3. Prawo wykonywania zawodu pielęgniarki przyznane przez odpowiednią Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych, które nie uległo zawieszeniu oraz nie zostało ograniczone w zakresie wykonywania określonych czynności medycznych (kserokopia) / dyplom potwierdzający uzyskanie tytułu zawodowego ratownik medyczny / dyplom potwierdzający kwalifikacje zawodowe w zawodzie ratownik medyczny*,
4. Dokumenty potwierdzające kwalifikacje zawodowe i staż pracy – w tym specjalizacje (tj. dyplom specjalizacji):
 - 1)
 - 2)
 - 3)
 - 4)

(inne dokumenty -wskazać jakie)

.....
(miejscowość, data)

.....
(pieczęćka i podpis osoby uprawnionej)

*-niewłaściwe skreślić