

## FORMULARZ OFERTOWY

### I. Dane oferenta:

Nazwa podmiotu leczniczego							
Organ prowadzący rejestr (nazwa Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych)				Nr księgi rejestrowej			
Adres zamieszkania							
Kraj		Miejscowość					
Kod pocztowy		Pocztą					
Ulica			Nr domu		Nr lokalu		
E-mail			telefon		fax		
Adres do korespondencji (wypełnić jeżeli różni się od adresu zamieszkania):							
Kraj		Miejscowość					
Kod pocztowy		Pocztą					
Ulica			Nr domu		Nr lokalu		
Działalność gospodarcza							
Firma					Siedziba		
Numer identyfikacji podatkowej (NIP)				REGON			
Nazwa banku, Nr konta				KRS			

**Składam ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych na rzecz Regionalnego Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Lublinie.**

### II. Za realizację przedmiotu zamówienia oferuję cenę:

- 1) dla zadania ..... - ..... zł. brutto za każdą godzinę udzielania świadczeń
- 2) dla zadania .....- ..... zł. brutto za każdą godzinę udzielania świadczeń

### III. Oświadczenia:

1. W okresie trwania umowy zapewniam niezmienność cen.
2. Oświadczam, że załączony wzór umowy został przeze mnie zaakceptowany i zobowiązuję 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/łam się z treścią ogłoszenia.
5. Oświadczam, że zapoznałem/łam się z treścią Warunków konkursu ofert nr DOP-334/4/20/U.Dz.P i nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
6. Zainteresowałem/łam się wszystkimi koniecznymi informacjami, niezbędnymi do przygotowania oferty oraz wykonania przedmiotowego zamówienia.

7. Uważam się związanego/związaną 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.

**IV. 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, które nie uległo zawieszeniu oraz nie zostało ograniczone w zakresie wykonywania określonych czynności medycznych (kserokopia),
4. Dyplom (kserokopia),
5. Dokumenty potwierdzające kwalifikacje zawodowe i staż pracy – w tym specjalizacje (tj. dyplom specjalizacji):
  - 1) .....
  - 2) .....
  - 3) .....
  - 4) .....

*(inne dokumenty -wskazać jakie)*

.....  
*(miejscowość, data)*

.....  
*(pieczętka i podpis osoby uprawnionej)*

\*-niewłaściwe skreślić