

FORMULARZ OFERTOWY

I. Dane oferenta:

| | | | |
|--|--------------------|------------------------------------|--|
| | | | |
| Imię i nazwisko lekarza | | | |
| | | | |
| PESEL | | Nr prawa wykonywania zawodu | |
| 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 | |
| Numer identyfikacji podatkowej (NIP) | | REGON | |
| Nazwa banku | | | |
| Nr konta | | | |

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

II. Za realizację przedmiotu zamówienia oferuję cenę i liczbę godzin:

Zadanie I zł. / godz. brutto proponowana l. godz.

Zadanie II.....zł. /godz. brutto proponowana l. godz.

III. Oświadczenia:

1. W okresie trwania umowy zapewniam niezmiennosc 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 się z treścią ogłoszenia.
5. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią Warunków konkursu ofert nr DOP-334/5/20/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.

IV. Do oferty załączam:

1. Prawo wykonywania zawodu lekarza przyznane przez odpowiednią Okręgową Radę Lekarską, które nie uległo zawieszeniu oraz nie zostało ograniczone w zakresie wykonywania określonych czynności medycznych (kserokopia),
2. Dyplom lekarza (kserokopia),
3. Dokumenty potwierdzające kwalifikacje zawodowe i staż pracy – w tym specjalizacje (tj. dyplom specjalizacji):
 - 1)
 - 2)
 - 3)
 - 4)

(inne dokumenty -wskazać jakie)

.....
(miejsce, data)

.....
(pieczęć i podpis osoby uprawnionej)