

FORMULARZ OFERTOWY

I. Dane oferenta:

Firma (zgodnie z wpisem do CEIDG)											
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.

II. Za realizację przedmiotu zamówienia oferuję cenę:

.....PLN brutto - za każdą godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych

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-334/4/21/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.

II. Do oferty załączam:

1. Aktualny wypis z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą (wydruk pierwszej strony),
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)

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

*-niewłaściwe skreślić