

FORMULARZ OFERTOWY

I. Dane oferenta:

Nazwa podmiotu leczniczego			
Organ prowadzący rejestr (nazwa Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych//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:

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

III. Oświadczenia:

1. W okresie trwania umowy zapewniam niezmiennosc cen.
2. Oświadczam, że przedmiot zamówienia będzie realizowany przez następujące osoby:
 - 1) (imię i nazwisko pielęgniarki / ratownika medycznego)
 - 2)
 - 3)
 - 4)
 - 5)
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-334/4/21/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 wypis z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą (wydruk pierwszej strony),
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 pielęgniarki przyznane przez odpowiednią Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych, które nie uległo zawieszeniu oraz nie zostało ograniczone w zakresie wykonywania określonych czynności medycznych / dyplom potwierdzający uzyskanie tytułu zawodowego ratownik medyczny / dyplom potwierdzający kwalifikacje zawodowe w zawodzie ratownik medyczny*,
5. 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