FORMULARZ OFERTOWY

Dane o Oferencie:

1. Pełna nazwa *

……..

……. …….

……

2. Adres Oferenta:

ul ……..……..……..nr ……...…….……

kod pocztowy ……..…….…… miejscowość ……..……...……..

tel ……..…..…… fax ……..……..…….……..……

Regon ……..…… NIP…….……

Numer KRS/wpisu do Centralnej Ewidencji i Informacji Gospodarczej ……..……

W załączeniu przedkładam:**

1. W przypadku osób fizycznych legitymujących się nabyciem fachowych kwalifikacji:
   - kserokopie dokumentów potwierdzających posiadane kwalifikacje,
2. Zaświadczenie o wpisie do CEIDG lub odpis z Krajowego Rejestru Sądowego poświadczające, że oferent jest uprawniony do występowania w obrocie prawnym, udzielając świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie objętym przedmiotem konkursu zgodnie z wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą (zgodnie z art. 26 ust. 2 ustawy o działalności leczniczej).
3. W przypadku podmiotów leczniczych - aktualny wypis z Rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą,
4. Decyzję o nadaniu Numeru Identyfikacji Podatkowej „NIP” oraz numeru „REGON”.

Dokumenty należy złożyć w postaci kserokopii, potwierdzonych przez Oferenta za zgodność z oryginałem.

Proponowana kwota należności za:

Lp.	Nazwa badania	planowana liczba świadczeń w okresie 12 miesięcy	proponowany czas oczekiwania na wynik (dni robocze) *	Materiał do badań	Cena brutto proponowana przez Przyjmującego Zamówienie	Wartość
1.	ekspresja PD-L1	40		bloczek parafinowy		

*Czas wykonania badania liczy się od momentu zgłoszenia przez Udzielającego Zamówienia materiału do odbioru do otrzymania wyniku (fax, e-mail lub platforma elektroniczna – w tym przypadku konieczne powiadomienie faxem lub e-mailem o uwidocznieniu wyniku.

1. Przyjmuje termin płatności 30 dni, od dnia otrzymania faktury (rachunku) przez Katowickie Centrum Onkologii wraz z wykazem wykonanych świadczeń zdrowotnych.
2. W przypadku gdy jest to konieczne Wykonawca zapewnia właściwe opakowanie transportowe.

……..

(pieczątka i podpis Oferenta