# 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 Działalności Gospodarczej) ……..

……

**W załączeniu przedkładam*:**

1. W przypadku osób fizycznych legitymujących się nabyciem fachowych kwalifikacji:
   - kserokopie dokumentów potwierdzających posiadane kwalifikacje w tym dyplom o uzyskaniu specjalizacji w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii,,
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 „REGON".
5. Kopię orzeczenia lekarskiego o zdolności do pracy.

Udzielający Zamówienia przyjmuje, że minimalna liczba osób niezbędnych do realizacji świadczeń zdrowotnych w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii to 1 osoba.

**UWAGA: Odpowiedni wpis powinien wykazywać, że miejscem wykonywania działalności jest Szpital Wielospecjalistyczny**

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

| Lp. | Rodzaj świadczenia | ilość godzin/znieczuleń w okresie obowiązywania umowy | Cena brutto w zł za jedną godzinę/znieczulenie |
|---|---|---|---|
| 1. | kwotę brutto za jedną godzinę lekarskich świadczeń zdrowotnych udzielanych dla potrzeb Działu Anestezjologicznego | | |

.

1. Wynagrodzenie wynikające z przedmiotu z umowy będzie rozliczone zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa w zależności od podmiotu przyjmującego zamówienie.

2. Za realizację przedmiotu zamówienia zgodnie z ofertą, przyjmuje się termin płatności 30 dni, od dnia otrzymania prze Katowickie Centrum Onkologii, faktury (rachunku) wraz z wykazem wykonanych świadczeń zdrowotnych.

……..
(pieczątka i podpis Oferenta

***** jeżeli dotyczy oferenta