FORMULARZ OFERTOWY

Dane o Oferencie:

1. Pełna nazwa *

.....reprezentowaną przez .....
adres: .....
wpisaną do Centralnej Ewidencji i Informacji Gospodarczej.
NIP .....
REGON .....
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".

Udzielający Zamówienia przyjmuje, że minimalna liczba osób niezbędnych do realizacji lekarskich świadczeń zdrowotnych w Poradni Lekarza Rodzinnego katowickiego Centrum Onkologii to osoba Przyjmującego Zamówienie.

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

Proponowana kwota należności za:

	Rodzaj świadczenia	Szacunkowa ilość godzin w okresie obowiązywania umowy	Cena brutto w zł za jedną godzinę świadczenia	Wartość ogółem brutto w zł
1.	lekarskie świadczenia zdrowotne w Poradni lekarza Rodzinnego	1.500		

Przyjmuje termin płatności 30 dni, od dnia otrzymania faktury (rachunku) przez Katowickie Centrum Onkologii.

……..
(pieczątka i podpis Oferenta)