FORMULARZ OFERTOWY

Dane o Oferencie:

1. Pełna nazwa *

……..

……. …….

……

2. Adres Oferenta:

ul ……..……..……..nr ……...…….……

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

tel ……..…..…… fax ……..……..…….…….……

Regon ……..…… NIP……..……

Numer KRS/wpis 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. Wypis z 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. Aktualny wypis z Rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą zawierający określenie rodzaju działalności leczniczej.
4. Decyzję o nadaniu Numeru u „REGON”

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

Udzielający Zamówienia przyjmuje, że minimalna liczba osób niezbędnych do realizacji świadczeń zdrowotnych w zakresie przygotowywania i rozpuszczania leków cytostatycznych oraz wykonywania nadzoru farmaceutycznego nad Pracownią Cytostatyków w imieniu oferenta to 1 osoba.

Proponowane ceny brutto

Lp.	Rodzaj świadczenia	ilość dni obowiązywania umowy	zryczałtowana kwota brutto za każdorazowy przyjazd do KCO (dni ustawowo wolne od pracy, niedziele i święta)
1.	przygotowywanie i rozpuszczanie leków cytostatycznych oraz wykonywanie nadzoru farmaceutycznego nad Pracownią Cytostatyków (dni ustawowo wolne od pracy, niedziele i święta).		

Przyjmuje termin płatności 30 dni, od dnia otrzymania faktury (rachunku) przez Katowickie Centrum Onkologii wraz z wykazem wykonanych świadczeń zdrowotnych.

……

…..

(pieczątka i podpis Oferenta