

.....
Pieczęć nagłówkowa oferenta

OFERTA

na udzielanie świadczeń zdrowotnych dla potrzeb Zespołu Opieki Zdrowotnej w Ropczycach, ul. Kard. Wyszyńskiego 54, z zakresu badań diagnostycznych - diagnostyki laboratoryjnej lub diagnostyki obrazowej i nie obrazowej, konsultacji specjalistycznych.

DANE OFERENTA

Imię i nazwisko lub nazwa zakładu.....

Kod pocztowy.....

Miejscowość.....

Ulica..... Nr domu/mieszkania.....

Telefon.....

Miejscem świadczenia usług przez Wykonawcę jest:

(dokładny adres, dane kontaktowe telefon, fax, e- mail)

.....
.....

I. OFERENT OŚWIADCZA, ŻE:

1) jest wpisany do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej pod numerem NIP..... REGON

2) numer KRS lub wpisu do innego rejestru z oznaczeniem organu dokonującego wpisu:

.....

numer wpisu do rejestru podmiotów leczniczych:.....

bank:

nr rachunku bankowego:

.....

- 1) zapoznał się z treścią ogłoszenia i szczegółowymi warunkami konkursu ofert i nie zgłasza do nich zastrzeżeń,
- 2) spełnia warunki lokalowe niezbędne do należytego wykonania oferowanych świadczeń zdrowotnych,
- 3) zapewnia udzielanie świadczeń zdrowotnych przez osoby posiadające kwalifikacje wymagane przez obowiązujące przepisy prawa.
- 4) akceptuje warunki umowy zaproponowanej przez Udzielającego Zamówienia dla potrzeb niniejszego konkursu ofert i za udzielanie świadczeń zdrowotnych proponuje następujące wynagrodzenia wg odrębnego zestawienia.

III. ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY:

- 1) wypis z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej/KRS,
- 2) polisa odpowiedzialności cywilnej podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne lub dołączone oświadczenie, że zostanie zawarta przed podpisaniem umowy,
- 3) Oferta cenowa – załącznik nr 3 do SWK.



.....
podpis oferenta

Prosimy o wypełnienie danych zawartych na str. 2

Dane osoby przygotowującej ofertę (do kontaktu po stronie oferenta):

Imię i nazwisko

Tel.

e-mail:

