

FORMULARZ OFERTOWY

Nawiązując do ogłoszenia o konkursie ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych na rzecz Dolnośląskiego Centrum Onkologii we Wrocławiu, pl. Hirszfelda 12, składam niniejszą ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania konsultacji ortopedycznych.

DANE O OFERENCIE:

.....
.....
.....
.....

(nazwa oferenta – zgodnie z rejestrem, dokładny adres, imię i nazwisko, nr prawa wykonywania zawodu)

Numer NIP.....
Numer REGON.....
Numer KRS (jeśli dotyczy).....
Numer wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą
Numer telefonu z nr kierunkowym.....
Numer fax.....
Adres e-mail.....

1. Proponuję zawarcie umowy na okres
2. Kwalifikacje zawodowe i doświadczenie zawodowe.....
.....
.....
.....
3. Proponowany harmonogram udzielania świadczeń zdrowotnych
4. Proponowana kwota należności za udzielanie świadczeń zdrowotnych objętych konkursem ofert (należy podać cenę brutto za jedną konsultację)
.....
.....
5. Płatność za wykonanie usługi dokonywana będzie w formie przelewu na konto bankowe:
.....

(nazwa banku i nr konta)

6. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia, szczegółowymi warunkami konkursu ofert i nie wnoszę do nich zastrzeżeń.
7. Oświadczam, że zapoznałem się z istotnymi postanowieniami, które zostaną wprowadzone do umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie udzielania konsultacji ortopedycznych i wyrażam zgodę na zawarcie umowy zgodnie z tymi warunkami w przypadku wybrania mojej oferty.
8. Oświadczam że posiadam personel z odpowiednimi kwalifikacjami i uprawnieniami w tym zdrowotnymi do wykonywania świadczeń objętych konkursem ofert, wynikającymi z obowiązujących przepisów prawa/Oświadczam, że posiadam odpowiednie kwalifikacje i uprawnienia oraz posiadam stan zdrowia uprawniające do wykonywania świadczeń objętych konkursem ofert, wynikające z obowiązujących przepisów prawa*.
9. Oświadczam, że posiadam personel z doświadczeniem zawodowym określonym w szczegółowych warunkach konkursu ofert/ Oświadczam, że posiadam doświadczenie zawodowe określone w szczegółowych warunkach konkursu ofert.*
10. Oświadczam że zapoznałem się z miejscem wykonywania świadczeń zdrowotnych, warunkami lokalowymi, wyposażeniem w aparaturę i sprzęt medyczny oraz środki transportu i łączności i nie wnoszę w tym zakresie zastrzeżeń .
11. Do niniejszej oferty załączam wymagane w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert dokumenty i oświadczenia jako załączniki:
 - 1) ...
 - 2) ...
 - 3) ...
 - 4) ...
 - 5) ...
 - 6) ...
 - 7) ...
 - 8) ...
 - 9) ...
 - 10) ...

.....
Podpis i pieczęć Przyjmującego zamówienie
lub osoby/osób uprawnionej/uprawnionych do
reprezentowania Przyjmującego zamówienie

* niepotrzebne skreślić