

## FORMULARZ OFERTY

### I. Dane o Oferencie:

1. Pełna nazwa oferenta i adres:

.....  
.....

Adres:

ulica.....nr.....

Kod pocztowy:..... Miejscowość:.....

Telefon nr: ..... Fax nr: .....

E-mail:.....

2. Numer właściwego rejestru podmiotów leczniczych:

.....

prowadzonego przez: .....

3. Numer w Krajowym Rejestrze Sądowym lub data zarejestrowania działalności gospodarczej do CEIDG .....

prowadzonego przez: .....

4. NIP .....

5. REGON .....

6. Osoba upoważniona do podpisania umowy .....

7. Osoby odpowiedzialne za realizację świadczeń zdrowotnych oraz numer telefonu kontaktowego: .....

.....

### II. Przedmiot zamówienia:

1. Oferta dotyczy zamówienia na udzielanie świadczeń w zakresie:

Zadania nr:

.....  
.....

*(proszę wpisać numery zadań, których dotyczy oferta)*

2. Dostępność do wykonywanych świadczeń:

.....

*(proszę wpisać dni tygodnia, godziny, telefon kontaktowy)*

3. Sposób dowiezienia pacjentów/dostarczenia materiałów do badań i odbioru wyników:

Transport Udzielającego zamówienia / Transport Przyjmującego zamówienie  
*(niepotrzebne skreślić)*

### III. Załączniki:

Wykaz załączników do oferty, które stanowią jej integralną część\*:

1. Wypełniony i podpisany przez Oferenta formularz oferty – załącznik nr 1 do SWKO.
2. Oświadczenie oferenta – załącznik nr 2 do SWKO.
3. Formularz cenowy na realizację poszczególnych zadań:
  - Załącznik nr 3a do SWKO – zadanie nr 1,
  - Załącznik nr 3b do SWKO – zadanie nr 2,
  - Załącznik nr 3c do SWKO – zadanie nr 3, 4 i 5,
  - Załącznik nr 3d do SWKO – zadanie nr 6,
  - Załącznik nr 3e do SWKO – zadanie nr 7.1,
  - Załącznik nr 3f do SWKO – zadanie nr 7.2,
  - Załącznik nr 3g do SWKO – zadanie nr 8,
  - Załącznik nr 3h do SWKO – zadanie nr 9.
4. Wzór umowy:
  - Załącznik nr 4a do SWKO – zadanie nr 1,2,6,8 oraz 9,
  - Załącznik nr 4b do SWKO – zadanie nr 3,4 oraz 5,
  - Załącznik nr 4c do SWKO – zadanie nr 7.
5. Wykaz osób wykonujących świadczenia zdrowotne objęte konkursem wraz z informacją o ich kwalifikacjach z numerem prawa wykonywania zawodu (sporządzony odrębnie dla każdego zadania, na które składana jest oferta) – załącznik nr 5 do SWKO.
6. Kserokopia wpisu do właściwego rejestru podmiotów leczniczych. \*\*
7. Kserokopia wypisu z KRS. \*\*
8. Kserokopia wpisu do ewidencji działalności gospodarczej. \*\*
9. Kserokopia polisy ubezpieczeniowej OC w zakresie prowadzonej działalności. \*\*
10. Pełnomocnictwo dla osoby podpisującej ofertę, jeżeli ofertę podpisuje pełnomocnik.
11. W przypadku laboratoriów wymagane jest przedstawienie aktualnych certyfikatów potwierdzających udział w kontroli ogólnopolskiej lub międzynarodowej (kserokopia dokumentu). \*\*
12. Inne

.....  
\* niepotrzebne skreślić.

\*\* kserokopie należy poświadczyć za zgodność z oryginałem.

.....  
data

.....  
podpis