O F E R T A

na wykonywanie świadczeń zdrowotnych w zakresie Usług medycznych

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

NAZWA OFERENTA:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

ADRES:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

ORGAN REJESTROWY:

…………………………………………………………………………………………………………………………………….

Kapitał zakładowy w wysokości :

…………………………………………………………………………………….………………………………………………

REGON: ………………………………………………….. NIP: ………………………………………………………………

PESEL…………………………………………………………..……………………………………………………………….

1. Przedmiotem oferty jest:

udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……

na rzecz Narodowego Instytutu Onkologii im. M. Skłodowskiej-Curie Państwowego Instytutu Badawczego w Warszawie, zwanego dalej “Udzielającym zamówienia” – według wymogów wskazanych w załączniku nr 1 do Ogłoszenia o Konkursie Ofert (zadania 1-2).

2. Składający ofertę oferuje :

cenę (wartość) świadczeń zgodnie z warunkami konkursu ofert oraz z wykazem świadczeń określonym w załączniku nr 1, obliczoną jako suma (liczby świadczeń pomnożona przez ich cenę jednostkową)

Zadanie nr …………. (uzupełnić w zależności od numeru zadania, na który składana jest oferta)

netto: ........................................................................................................... PLN,

słownie: ................................................................................................................;

brutto: ........................................................................................................... PLN,

słownie: ................................................................................................................;

3. Składający ofertę oświadcza, że:

1. Zobowiązuje się do utrzymania niezmiennej ceny za realizację świadczeń zdrowotnych przez okres trwania umowy.
2. Podpisze umowę na udzielanie świadczeń, która będzie wykonywana w czasie określonym w niniejszym ogłoszeniu.
3. Jest uprawniony do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych niniejszym konkursem, posiada uprawnienia do występowania w obrocie prawnym zgodnie z wymogami ustawowymi, posiada niezbędną wiedzę i doświadczenie, posiada niezbędny potencjał techniczny, dysponuje osobami zdolnymi do wykonania zamówienia, znajduje się w sytuacji finansowej zapewniającej należyte wykonanie zamówienia.
4. Nie została z Nim rozwiązana przez oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia umowa o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej w określonym rodzaju lub zakresie w trybie natychmiastowym z przyczyn leżących po stronie świadczeniodawcy.

4. Wykaz załączników do oferty:

Dokumenty i oświadczenia wskazane w Rozdziale X Ogłoszenia o Konkursie wg kolejności:

a) …………………………………………………………………………………………………………………………………

b)………………………………………………………………………………………………………………………………….

c)………………………………………………………………………………………………………………………………….

d)………………………………………………………………………….………………………………………………………

…................................ dnia ................... …………………………………………….…..

(podpis i pieczątka Oferenta)