

FORMULARZ OFERTOWY

na wykonywanie świadczeń zdrowotnych w zakresie:

Usług lekarskich – konsultacje specjalistyczne z **kardiologii, ortopedii, stomatologii oraz radiologii i diagnostyki obrazowej***

* wykreślić usługi nie objęte składaną ofertą

Nazwa Oferenta:

Adres:

Organ rejestrowy:

Regon: NIP

1. Przedmiotem oferty jest udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie:

.....
na rzecz Instytutu Hematologii i Transfuzjologii w Warszawie, zwanego dalej „Udzielającym zamówienia”.

2. Wartość świadczeń zdrowotnych w okresie trwania umowy (jednego roku) obliczona jako suma liczby świadczeń pomnożona przez ich cenę jednostkową wyniesie: zł (słownie:brutto)

3. Składający ofertę oświadcza, że:

- 1) zobowiązuje się do utrzymania niezmienną cenę za realizację świadczeń zdrowotnych przez okres trwania umowy;
- 2) podpisze umowę na udzielanie świadczeń, które będą wykonywane w okresie od dnia 1 września 2014 r. do dnia 31 sierpnia 2015 r. z możliwością przedłużenia, a w przypadku konsultacji specjalistycznych w zakresie radiologii i diagnostyki obrazowej będą wykonywane w okresie od dnia 1 września 2014 r. do dnia 31 sierpnia 2016 r.;
- 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.

4. Wykaz załączników do oferty:

- 1) aktualny odpis z właściwego rejestru lub wypis z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej RP, wydany nie wcześniej niż 6 miesięcy przed terminem złożenia ofert,
- 2) zaświadczenie o wpisie do rejestru indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich,
- 3) kopię dokumentu potwierdzającego nadanie numeru NIP,
- 4) kopię dokumentu potwierdzającego nadanie numeru REGON,
- 5) kopię dyplomów ukończenia studiów,
- 6) kopię prawa wykonywania zawodu lekarza,
- 7) kopię dyplomów oraz zaświadczeń o specjalizacji potwierdzających kwalifikacje,
- 8) kopię polisy lub pisemne zobowiązanie się oferenta do zawarcia umowy ubezpieczenia, zgodnej z zapisami Rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2011 r. Nr 293, poz. 1729).

....., dnia

.....
podpis i pieczęćka Oferenta