

miejsowość, data.....

FORMULARZ OFERTOWY

na wykonanie świadczeń zdrowotnych w zakresie badań diagnostycznych:

min. histopatologicznych, cytologicznych, immunohistochemicznych oraz wykonanie sekcji zwłok

I. Dane o Oferencie:

Nazwa wykonawcy:

.....

Siedziba wykonawcy:

.....

Adres poczty elektronicznej:

Numer telefonu:

Numer REGON:

Numer NIP:

Numer wpisu do właściwego rejestru oraz oznaczenie organu dokonującego wpisu:

.....

Osoba wyznaczona do kontaktu:, tel:

Osoby upoważnione do reprezentacji:

II. Oferent oświadcza, że:

- 1) zapoznał się z treścią ogłoszenia o konkursie oraz Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert i nie wnosi zastrzeżeń co do ich treści,
- 2) zapoznał się i akceptuję treść wzoru umowy (stanowiącej załącznik nr do SWKO) na wykonanie świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem konkursu,
- 3) dysponuje warunkami lokalowymi, aparaturą i sprzętem medycznym oraz personelem spełniającym wymogi przewidziane w przepisach prawa do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem konkursu;
- 4) spełnia wymagania określone przepisami prawa w zakresie diagnostyki będącej przedmiotem postępowania konkursowego w szczególności w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 18 grudnia 2017r. w sprawie standardów organizacji opieki zdrowotnej w dziedzinie patomorfologii (Dz.U. 2017.2435 z późn.zm.);
- 5) posiada letnie doświadczenie w udzielaniu świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem konkursu.

.....

(podpis osoby uprawnionej
do reprezentowania oferenta)