

## FORMULARZ OFERTOWY

## I. Informacje o ofercie

1.	Pełna nazwa oferenta Adres oferenta z kodem pocztowym	
2.	<b>Dane kontaktowe oferenta</b> Adres do korespondencji Numer telefonu, fax Adres e-mail	
3.	<b>Forma organizacyjna podmiotu</b> Imię i nazwisko, adres (w przypadku przedsiębiorcy)  Numer wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą lub KRS	
4.	Numer identyfikacyjny <b>NIP</b>	
5.	<b>REGON</b>	
6.	<b>Nazwa banku, numer konta bankowego</b>	
7.	Osoba (osoby) upoważniona do składania oświadczeń woli w imieniu oferenta z upoważnieniem do zawierania umów cywilno – prawnych <u>UWAGA!!! Jeżeli więcej niż jedna osoba jest upoważniona lub upoważnionych jest kilka osób łącznie należy wpisać wszystkie wraz z określeniem sposobu reprezentacji</u>	

<b>8.</b>	Ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej	Numer polisy: Data ważności: od ..... do .....
-----------	---	---

## **II. Informacje dotycząca ceny pakietu usług będącego przedmiotem zamówienia.**

<b>1.</b>	Miejsce realizacji programu	
<b>2.</b>	Wyposażenie w aparaturę i sprzęt medyczny, warunki lokalowe	
<b>3.</b>	Posiadanie systemu komputerowego umożliwiające gromadzenie, przetwarzanie i przekazywanie danych	

## **III. Informacja o zasobach kadrowych niezbędnych do właściwej realizacji usługi**

<b>1.</b>	Lekarze, inne zawody medyczne.	
<b>2.</b>	Personel do obsługi organizacyjnej programu, odpowiedzialny za rejestrację uczestników, prowadzenie bazy danych (liczba osób, wykaz imienny i kwalifikacje tych osób).	

## **IV. Informacje o usłudze**

<b>1.</b>	Opis zadania można dołączyć na osobnych stronach	
<b>2.</b>	Czas realizacji programu	
<b>3.</b>	Przewidywana liczba beneficjentów	

## V. Informacja dotycząca finansowania/dofinansowania usługi

	Rodzaj świadczenia oraz cena jednostkowa brutto za wykonanie pojedynczego świadczenia w ramach programu (PLN)	Cena jednostkowa netto (w złotych)	Cena jednostkowa brutto (w złotych)	Koszt
1.				

### Oświadczenia oferenta:

- oświadczam, iż zapoznałem się z treścią zapytania ofertowego;
  - oświadczam, że wszystkie podane w ofercie oraz załącznikach informacje są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym;
  - osoby realizujące świadczenia zdrowotne w ramach usługi posiadają odpowiednie kwalifikacje;
  - nie zalegam z płatnościami podatków oraz składek na ubezpieczenia społeczne i zdrowotne;
- Zobowiązania Oferenta :
- a) zatrudnienie osób o odpowiednich kwalifikacjach zawodowych;
  - b) zabezpieczenie dostępu do sprzętu i materiałów niezbędnych do wykonywania świadczeń i odpowiadających wymaganiom określonym w odrębnych przepisach;
  - c) udzielanie świadczeń z najwyższą starannością;
  - d) utrzymanie ważnego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej obejmującego szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych przez okres realizacji programu;
  - e) zabezpieczenie standardu świadczeń na poziomie nie gorszym, niż określony niniejszą ofertą (w szczególności z uwzględnieniem dostępności do świadczeń zdrowotnych, sprzętu, materiałów edukacyjnych, liczby i kwalifikacji personelu udzielającego świadczeń).

.....  
(data i podpis osoby upoważnionej do reprezentowania podmiotu)

Inne informacje, które oferent chce przedstawić (np.: badania własne, dokumentacja prasowa dot. działalności oferenta, dotychczasowe osiągnięcia, rekomendacje).

W załączeniu (wymieniń dołączone dokumenty):

1. ....

2. ....

.....  
(data, miejsce)

.....  
(pieczęć i podpis oferenta)

