

**FORMULARZ OFERTOWY NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ OPIEKI
ZDROWOTNEJ przez lekarzy specjalistów w zakresie badań genetycznych**

Nazwa oferenta	
Adres, kod pocztowy, telefon	
REGON	
NIP	
Nr wpisu do właściwego rejestrów podmiotów wykonujących działalność leczniczą	
Zakres świadczeń	
Oferowana cena / brutto / za jednego podopiecznego	

.....
miejsowość i data

.....
pieczęć i podpis Oferenta

- *do oferty należy dołączyć dokumenty i oświadczenia wskazane w szczegółowych warunkach konkursu ofert, pod rygorem odrzucenia oferty.*

**FORMULARZ OFERTOWY NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ OPIEKI
ZDROWOTNEJ przez lekarzy specjalistów w zakresie badań histopatologicznych**

Nazwa oferenta	
Adres, kod pocztowy, telefon	
REGON	
NIP	
Nr wpisu do właściwego rejestrów podmiotów wykonujących działalność leczniczą	
Zakres świadczeń	
Oferowana cena / brutto / za jednego podopiecznego	

.....
miejsowość i data

.....
pieczęć i podpis Oferenta

- *do oferty należy dołączyć dokumenty i oświadczenia wskazane w szczegółowych warunkach konkursu ofert, pod rygorem odrzucenia oferty.*

**FORMULARZ OFERTOWY NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ OPIEKI
ZDROWOTNEJ przez lekarzy specjalistów w zakresie radioterapii**

Nazwa oferenta	
Adres, kod pocztowy, telefon	
REGON	
NIP	
Nr wpisu do właściwego rejestrów podmiotów wykonujących działalność leczniczą	
Zakres świadczeń	
Oferowana cena / brutto / za jednego podopiecznego	

.....
miejsowość i data

.....
pieczęć i podpis Oferenta

- *do oferty należy dołączyć dokumenty i oświadczenia wskazane w szczegółowych warunkach konkursu ofert, pod rygorem odrzucenia oferty.*

Nazwa Przyjmującego Zamówienie / pieczęć firmowa /

.....

Adres Przyjmującego Zamówienie

**Wykaz osób, które będą wykonywać świadczenia zdrowotne w ramach umowy zawartej
przez Przyjmującego Zamówienie**

Lp.	Imię i nazwisko Adres zamieszkania	Nr prawa wykonywania zawodu	Kwalifikacje rok uzyskania	Telefon kontaktowy

.....
data, pieczęć i podpis Przyjmującego Zamówienie

.....
pieczęć firmowa Oferenta

OŚWIADCZENIE OFERENTA

Niniejszym oświadczam, że:

1. dostarczę kopię polisy ubezpieczeniowej najpóźniej w dniu podpisania umowy,*
2. zapewnię kadre medyczną posiadającą niezbędne kwalifikacje zawodowe do realizacji świadczeń zdrowotnych,**
2. osoby wskazane do realizacji świadczeń zdrowotnych posiadają aktualne badania lekarskie,*
3. zapoznałem/am się z treścią warunków szczegółowych konkursu ofert, poprzedzającego zawarcie umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych, przyjmuję je bez zastrzeżeń i wyrażam zgodę na włączenie ich treści do stosunku umownego łączącego strony,
4. zapoznałem/am się z treścią projektu umowy i nie wnoszę do niego zastrzeżeń,
5. w ramach zawartej umowy będą wykonywane świadczenia zdrowotne określone w warunkach szczegółowych tj.

.....
.....
.....
wpisać zakres

6. wyrażam zgodę na poddanie się kontroli Udzielającego zamówienia oraz Narodowego Funduszu Zdrowia, w zakresie przedmiotu umowy.

.....
miejsowość i data

.....
pieczęć i podpis Oferenta

*należy wykreślić w przypadku dołączenia dokumentu do oferty

** oświadczenie składają podmioty lecznicze