# Załącznik Nr 1 do SWKO - Formularz oferty - Formularz cenowy. Zadanie –

**DANE O OFERENCIE:**

1. Nazwa wykonawcy: ................................................................................................
2. **NIP** wykonawcy: .....................................................................................................
3. **REGON** wykonawcy: .............................................................................................
4. Nazwisko osoby upoważnionej do kontaktów: .......................................................
5. adres wykonawcy: ..................................................................................................

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

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

6. adres laboratorium wykonującego badania (jeśli jest inny niż wykonawcy)

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

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

7. telefon: ........................................................................................................................

8. faks: ............................................................................................................................

9. poczta elektroniczna (e- mail ): ..................................................................................

**OFERENT OŚWIADCZA, ŻE**:

1. zapoznał się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert, „szczegółowymi warunkami konkursu ofert oraz projektem umowy i nie zgłasza zastrzeżeń co do treści tych dokumentów;
2. posiada aktualne ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej (OC), zgodnie z rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. nr 293 poz. 1728) albo zobowiązuje się do przedłożenia kopii polisy OVC o której mowa powyżej na dzień podpisania umowy;
3. dysponuje warunkami lokalowymi, aparaturą i sprzętem medycznym oraz personelem spełniającym wymogi przewidziane w przepisach prawa do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem konkursu.
4. znajduje się w sytuacji ekonomicznej i finansowej gwarantującej prawidłowe wykonywanie świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia w zakresie objętym konkursem ofert;
5. płatność realizowana będzie przelewem bankowym na konto wykonawcy w ciągu 30 dni (słownie: trzydziestu dni) od daty otrzymania prawidłowo wystawionych faktur VAT, które będą wystawiane przez Przyjmującego Zamówienie każdorazowo po każdym miesiącu zrealizowanych usług i będą obejmowały należność za badania wykonane w tym miesiącu wraz z danymi obejmującymi: rodzaj badania, nazwisko kierującego, nazwisko i imię pacjenta .
6. termin realizacji umowy: umowa na okres 36 miesięcy.

*.................................... ……...............................................................................*

*Miejscowość, Data Podpis i pieczęć imienna Przyjmującego Zamówienie*