

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