

**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. 2011, 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