Formularz ofertowy - TK i MR

FORMULARZ OFERTOWY

Nawiązując do ogłoszenia o konkursie ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu:
w zakresie diagnostyki TK lub/ i MR

Badanie diagnostyczne wg zadań

……..……..…….

……..……..…….

……..……..……..

……..……..……..

I. DANE OFERENTA

1. Nazwa firmy (lub imię i nazwisko):

   ……
   ……
   ……

2. Adres:

   ……..……
   ……..……

3. Tel. …… e-mail: ……..……..……
4. NIP …… REGON ..……..……..……
5. Zarejestrowany:

   ……..……...……..
   ……..……..……

6. Nazwa Banku:

   ……..……..……

7. Nr konta:

   ……..……..……..……

II. OŚWIADCZENIE

1. Oświadczam, że zapoznałem (łam) się z treścią ogłoszenia o konkursie.
2. Oświadczam, że zapoznałem (łam) się z dokumentami konkursowymi (Warunki Zamówienia) i nie wnoszę do nich zastrzeżeń.
3. Oświadczam, że projekt umowy stanowiący załącznik nr 2 do Warunków Zamówienia akceptuję w całości i zobowiązuję się do zawarcia umowy.
1. Uważam się związanym ofertą przez okres 30 dni.
2. Do niniejszej oferty załączam wymagane dokumenty jako załączniki.
6. **Oferuję wykonywanie następujących badań diagnostycznych, których wykaz cenowy załączam do niniejszego formularza.**

7. Oferowane świadczenia będą wykonywane na poziomie zgodnym z przyjętymi standardami, wymogami Narodowego Funduszu Zdrowia, z zachowaniem przepisów sanitarnych, ppoż., BHP z uwzględnieniem najnowszych osiągnięć w tej dziedzinie.
8. Gwarantuję ciągłość świadczeń, niezależnie od urlopów, absencji chorobowej i nieobecności z innych powodów, bez naruszania warunków zawartej umowy.

..... dnia..... .....

Podpis
(pieczęć imienna)