Pieczęć Przyjmującego zamówienie

FORMULARZ OFERTOWY

**I. Instrukcja dla Przyjmującego zamówienie**

1. Niniejszy formularz oferty – traktowany jako wzór – winien być wypełniony po polsku, pismem maszynowym lub komputerowo, podpisany i opieczętowany poprzez osobę do tego upoważnioną.
2. Wszystkie wyszczególnione rozdziały muszą być wypełnione wraz z załączeniem odpowiednich wymaganych dokumentów wymienionych w rozdz. I ust. 10 MI.
3. Dokument w postaci kserokopii musi być potwierdzony przez Przyjmującego zamówienie „za zgodność z oryginałem”, podpisem i pieczątką Przyjmującego zamówienie, przez Przyjmującego zamówienie lub osobę przez niego upoważnioną.
4. Upoważnienie do podpisania oferty winno być dołączone do oferty, o ile nie wynika z innych dokumentów załączonych przez Przyjmującego zamówienie.
5. Zaleca się, ażeby wszystkie strony formularza Oferty były ponumerowane przez Przyjmującego zamówienie.

**II. Dane o Przyjmującym zamówienie**

**Nazwa Przyjmującego zamówienie:** …..............................................................................................

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

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

**Adres** .....................................................................................................................................................

**siedziba** .................................................................................................................................................

**tel. / fax** ......................................................…................. **e-mail** ..........................................................

**zarejestrowany w Sądzie Rejonowym Sądzie Gospodarczym Wydziale Krajowego Rejestru Sądowego pod nr KRS** ......................................................... **w** ...........................................................

lub **wpisany do CEIDG, NIP** …...................................................... **REGON** …................................

**Nr konta bankowego** ...........................................................................................................................

**III. Odpowiadając na zaproszenie do złożenia oferty zawarte w ogłoszeniu o konkursie, niniejszym składam ofertę na wykonywanie świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywana opisów badań tomografii komputerowej, cyfrowej radiografii pośredniej oraz konsultacji wyników badań obrazowych w sytuacjach trudnych diagnostycznie lub wymagających złożonej interpretacji w oparciu o dane uzyskane drogą teletransmisji dla pacjentów Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Parczewie.**

**IV. Oferowana kwota wynagrodzenia oraz oferowany termin płatności**

1. Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia zgodnie z wymogami określonymi w Materiałach Informacyjnych (MI), za łączną kwotę ….......................................zł (słownie: .................................................................................................................................. ) brutto.
2. Oferuję termin płatności, który od dnia złożenia prawidłowo wystawionej faktury Udzielającemu zamówienia wynosi 60 (słownie: sześćdziesiąt ) dni na rachunek bankowy wskazany przez Przyjmującego zamówienie na fakturze.

**V. Oświadczam, że:**

1. Zapoznałem się z Materiałami Informacyjnymi i ze szczegółowymi warunkami konkursu oraz ich załącznikami i nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
2. W okresie trwania umowy zapewniam niezmienność cen przez okres min. 12 m-cy.
3. Zainteresowałem się wszystkimi koniecznymi informacjami, niezbędnymi do przygotowania oferty oraz wykonania przedmiotowego zamówienia.
4. Zatrudniony personel posiadający odpowiednie kwalifikacje zawodowe gwarantuje należyte wykonanie świadczeń objętych niniejszym konkursem.
5. Spełniam aktualnie obowiązujące wymogi Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie wykonywania świadczeń objętych postępowaniem konkursowym.
6. Przedmiot zamówienia wykonam samodzielnie, bez pomocy podwykonawców.
7. Zobowiązuję się do zawarcia umowy na wykonywanie świadczeń zdrowotnych na okres: od dnia 01.08.2016 r. do dnia 31.07.2018 r.
8. Uważam się związany ofertą przez okres 30 dni licząc od upływu terminu składania ofert.
9. Oświadczam, że załączony do MI wzór umowy został przeze mnie zaakceptowany i zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej/naszej oferty do zawarcia umowy na wyżej wymienionych warunkach w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego zamówienia.
10. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie dokumentów są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.

**VI. Załączniki**

1. Formularz cenowy str. …..
2. Odpis z rejestru podmiotów wykonujących działalności leczniczą str. …..
3. Odpis KRS/zaświadczenie o wpisie do CEIDG (niepotrzebne skreślić) str. …..
4. Wykaz osób, które będą wykonywały przedmiot zamówienia str. …..
5. Polisa ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej str. …..
6. Umowa spółki cywilnej (o ile dotyczy) str. …..
7. Pełnomocnictwo (o ile dotyczy) str. …..
8. …................................................
9. ….................................................
10. ….................................................

Miejscowość ........................................... data ............................

….............................................................. (pieczątka i podpis Oferenta

 lub osoby upoważnionej)