

FORMULARZ OFERTOWY (*)
NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

Identyfikator Nr REGON:		NIP	
Nazwa (wg posiadanego rejestru)		
Adres, kod pocztowy, tel., e-mail		
Nazwa banku Nr konta		
Numer wpisu do	KRS	
	Rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą	
	Rejestru laboratoriów prowadzonego przez Krajową Radę Diagnostów Laboratoryjnych	
Miejsce udzielania świadczeń (adres, telefon)		

DOSTĘPNOŚĆ	
Dzień tygodnia	Godziny udzielania świadczeń (od ÷ do)
Poniedziałek	
Wtorek	
Środa	
Czwartek	
Piątek	
Sobota	
Niedziela	
Inne informacje mające bezpośredni wpływ na ciągłość i dostępność świadczeń	

KWALIFIKACJE i doświadczenie zawodowe osób realizujących świadczenia zdrowotne , (należy dołączyć kserokopie dokumentów)		
Lp.	Nazwisko i imię	Określenie kwalifikacji
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		

.....
(podpis oferenta)

ZALĄCZNIKI DO FORMULARZA OFERTOWEGO:

- 1) **Oferta Cenowa**
- 2) Odpis z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą / zaświadczenie o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą^(*)
- 3) Aktualny odpis z właściwego rejestru KRS
- 4) Wyciąg Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej
- 5) wpis do ewidencji Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych lub informacja o numerze wpisu do ewidencji.
- 6) Dyplomy potwierdzające kwalifikacje zawodowe osób realizujących świadczenia zdrowotne
- 7) Polisa ubezpieczeniowa / oświadczenie o dostarczeniu najpóźniej w dniu podpisania umowy
- 8) Certyfikaty/dyplomy ukończenia kursów specjalistycznych
- 9) Aktualne badanie lekarskie *lub oświadczenie, iż cały personel wykazany do realizacji przedmiotu umowy posiada aktualne badania lekarskie, zgodnie z wymogami określonymi w oddzielnych przepisach.*
- 10) cd. listy osób realizujących świadczenia zdrowotne *(jedynie w przypadku liczby większej, niż podana w formularzu).*
- 11)^(**)

(*) zapisy zawarte w formularzu, a nie dotyczące oferenta należy skreślić
(**) dopisać inne, nie wymienione wyżej a dołączone do oferty dokumenty.