

**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	
Miejsce udzielenia świadczeń (adres, telefon)	Rejestru laboratoriów prowadzonego przez Krajową Radę Diagnostów Laboratoryjnych	
		..... ..... ..... .....

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<sup>(\*)</sup>
- 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) .....<sup>(\*\*)</sup>

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



.....  
*(pieczęć firmowa Oferenta)*

OFERTA CENOWA - Badania histopatologiczne						
Lp.	Nazwa badania	Szacunkowa liczba badań w okresie 24 miesięcy	Cena jednostkowa netto	Razem cena netto	VAT	Razem cena brutto
1.	Badanie śródoperacyjne	200				
<b>Razem koszt brutto :</b>						

.....  
*(podpis oferenta)*



