O F E R T A

udzielanie świadczeń zdrowotnych tj: konsultacji okulistycznych i badania pola widzenia przez podmiot zewnętrzny dla pacjentów Narodowego Instytutu Onkologii im. Marii Skłodowskiej –Curie Państwowego Instytutu Badawczego (NIO-PIB)

NAZWA OFERENTA: ………………………….....................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

ADRES: .…………………………....................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

ORGAN REJESTROWY: ………………………………………………................

Kapitał zakładowy w wysokości : ………………………………………………

REGON: …………………………….… NIP: ………………………………….................

KRS:………………………………..

1. Przedmiotem oferty jest:

udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie:

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

na rzecz Narodowego Instytutu Onkologii im. M. Skłodowskiej-Curie Państwowego Instytutu Badawczego w Warszawie, zwanego dalej “Udzielającym zamówienia” – według wymogów wskazanych w załączniku nr 1 do Ogłoszenia o Konkursie Ofert .

2. Składający ofertę oferuje :

cenę (wartość) świadczeń zgodnie z warunkami konkursu ofert oraz z wykazem świadczeń określonym w załączniku nr 1, obliczoną jako suma (liczby świadczeń pomnożona przez ich cenę jednostkową)

netto: ........................... PLN,

słownie: ....................................................;

brutto: .......................... PLN,

słownie: .....................................................;

3. Składający ofertę oświadcza, że:

1) Zobowiązuje się do utrzymania niezmiennej ceny za realizację świadczeń zdrowotnych przez okres trwania umowy.

2) Podpisze umowę na udzielanie świadczeń, która będzie wykonywana w czasie określonym w niniejszym ogłoszeniu.

3) Jest uprawniony do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych niniejszym konkursem, posiada uprawnienia do występowania w obrocie prawnym zgodnie z wymogami ustawowymi, posiada niezbędną wiedzę i doświadczenie, posiada niezbędny potencjał techniczny, dysponuje osobami zdolnymi do wykonania zamówienia, znajduje się w sytuacji finansowej zapewniającej należyte wykonanie zamówienia.

4) Nie została z Nim rozwiązana przez oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia umowa o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej w określonym rodzaju lub zakresie w trybie natychmiastowym z przyczyn leżących po stronie świadczeniodawcy.

4. Wykaz załączników do oferty:

Dokumenty i oświadczenia wskazane w Rozdziale IX Ogłoszenia o Konkursie wg kolejności:

a) ……………………………………………………………………………………………………………………

b)…………………………………………………………………………………………………………………….

c)…………………………………………………………………………………………………………………….

d)…………………………………………………………………………………………………………………….

…...................... dnia ................... ………………………………………………..

(podpis i pieczątka Oferenta)