

Formularz ofertowy

na wykonywanie świadczeń zdrowotnych na rzecz pacjentów Samodzielnego Publicznego Gminnego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Bochni w zakresie technicznych usług protetycznych

1. Oferowane świadczenia w zakresie/ kwalifikacje przyjmującego zamówienie:

.....
.....

(wpisać zakres oraz kwalifikacje zgodnie z § 6 ust 2 Szczegółowych warunków konkursu ofert)

2. Oferowane miejsce wykonywania świadczeń (wpisać część zamówienia):

a)

(wpisać lokalizację zgodnie z § 6 ust 2 Szczegółowych warunków konkursu ofert)

3. Pełna nazwa Oferenta :

.....
.....
.....

prowadzący działalność gospodarczą nie prowadzący działalności gospodarczej
(we właściwym okienku wpisać znak X)

4. Numer wpisu do właściwego rejestru –jeśli oferent posiada:

.....
.....

5. Regon –jeśli oferent posiada:

6. NIP –jeśli oferent posiada:

7. Bank:.....

8. Nr rachunku bankowego:.....

9. Adres prowadzonej działalności gospodarczej –jeśli oferent posiada

.....

10. Adres do korespondencji:

.....

11. Telefon: **Fax:**

12. PESEL

13. Kwalifikacje zawodowe (dyplom potwierdzający kwalifikacje zawodowe)

.....

14. Oferent może złożyć zamówienie na część I i II zamówienia.

Oferuję udzielanie świadczeń polegających na wykonaniu lub naprawie protez:

Część I:

Gminny Ośrodek zdrowia w Łapczycy , Łapczyca 496, 32-744 Łapczyca
Gminny Ośrodek zdrowia w Łapczycy – Filia w Pogwizdowie, Pogwizdów 218, 32-70 Bochnia
Gminny Ośrodek zdrowia w Łapczycy – Filia w Proszówkach, Proszówki 127, 32-700 Bochnia

Nazwa	Cena jednostkowa	Ilość (szt)	Cena
Proteza całkowita		220	
Proteza częściowa 7-13		110	
Proteza częściowa 5-6		610	
Naprawa protezy		40	

Część II:

Gminny Ośrodek zdrowia w Łapczycy – Filia w Bogucicach, Bogucice 30- 32-711 Bogucice
Gminny Ośrodek zdrowia w Łapczycy – Filia w Siedlcu, Siedlec 47, 32-744 Łapczyca
Gminny Ośrodek zdrowia w Łapczycy – Filia w Stradomce, Stradomka 83, 32-742 Sobolów

Nazwa	Cena jednostkowa	Ilość (szt)	Cena
Proteza całkowita		220	
Proteza częściowa 7-13		110	
Proteza częściowa 5-6		60	
Naprawa protezy		40	

15. Odpisy aktualnych dokumentów kwalifikacyjnych - załączam do oferty.

.....
data i podpis osób uprawnionych do składania oświadczeń woli



OŚWIADCZENIE OFERENTA *

1. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia.
2. Oświadczam, że zapoznałem się ze szczegółowymi warunkami konkursu ofert - nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
3. Oświadczam, że zapoznałem się ze wzorem umowy – nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
4. Oświadczam, że uzyskałem wszystkie konieczne informacje niezbędne do przygotowania oferty oraz wykonania usług będących przedmiotem zamówienia.
5. Oświadczam, że uważam się związany ofertą przez okres 30 dni od daty składania ofert.
6. Oświadczam, że wszystkie złożone dokumenty są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
7. Zobowiązuję się do przedłożenia w dniu zawarcia umowy polisy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej określonej w Rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2011r. nr 293 poz. 1729).
8. Oświadczam, że posiadam uprawnienia i kwalifikacje niezbędne do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia.
9. Oświadczam, że dane przedstawione w ofercie oraz w niniejszych i załączonych odrębnie oświadczeniach są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.
10. Oświadczam, że w ramach wykonywanej działalności leczniczej świadczę usługi dla ludności i samodzielnie rozliczam się z Urzędem Skarbowym i Zakładem Ubezpieczeń Społecznych.

.....
data i podpis osób uprawnionych do składania oświadczeń woli

* Oferent wykreśla punkty, które go nie dotyczą.

