Załącznik nr 2 do Zarządzenia Dyrektora SP ZOZ nr 42 z dnia 27.10.2014 r.

### **FORMULARZ OFERRTOWY**

**Dane o Oferencie:**

**Nazwa**  ................................................................................................................................

**Siedziba** ................................................................................................................................

**Nr telefonu** ................................................................................................................................

**Nr faxu** ................................................................................................................................

**Nr NIP**  ................................................................................................................................

**Nr REGON** ......................................................................................................................

**Nazwa i numer konta**

**bankowego** ……………………………………………………………………………………..

**W związku z ogłoszeniem na udzielanie świadczeń zdrowotnych** **w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Aleksandrowie Łódzkim ul. M. Skłodowskiej – Curie 1:**

1. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia oraz postanowieniami określonymi w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert i przyjmuję je bez zastrzeżeń.
2. Oferuję zrealizowanie przedmiotu zamówienia w zakresie :…………………………………………………………………………………………....
3. **Oferta cenowa:**

Za realizację powyższych czynności oczekuję należności w wysokości **………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

1. Oświadczam, że zawarty w załączniku nr 1 do SWKO projekt umowy został przeze mnie zaakceptowany i zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty do zawarcia umowy na wyżej wymienionych warunkach (w przypadku zastrzeżeń do postanowień projektu umowy – załączyć na piśmie propozycje innych zapisów).
2. Oświadczam, że nie pozostaję w stosunku zależności lub dominacji z osobami będącymi członkami Komisji Konkursowej w rozumieniu Rozporządzenia MZ i OS z dnia 13.07.1998 r. § 11.1 pkt. 3 ust. 1-4 (Dz. U. Nr 93, poz. 592).
3. Załącznikami do niniejszej oferty są:

* kopia dyplomu potwierdzającego kwalifikacje zawodowe,
* kopia prawa wykonywania zawodu,
* kopia dyplomu specjalizacji w zakresie ………………….,
* inne dokumenty potwierdzające kwalifikacje :

…………………………………………………..,

…………………………………………………..,

…………………………………………………..,

……………………………………………………

……………………………………………………

* zaświadczenie o wpisie do właściwego rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą wraz z wypisem z księgi rejestrowej,
* wydruk z CEIDG o prowadzonej działalności gospodarczej,
* kopię decyzji w sprawie nadania numeru identyfikacji podatkowej NIP,
* zaświadczenie o numerze identyfikacyjnym REGON,
* kopia aktualnej polisy ubezpieczeniowej od odpowiedzialności cywilnej z tytułu udzielania świadczeń, zgodnych z przedmiotem zamówienia /Dz.U. Nr 293, poz. 1729 z późn. zm./.

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

miejscowość, data podpis i pieczątka Oferenta