

.....
(pieczęć Oferenta)

FORMULARZ OFERTOWY

INFORMACJE O OFERENCIE	
Pełna nazwa Oferenta	
Adres Oferenta	
Numer telefonu	
Adres e-mail	
REGON	
NIP	
Numer wpisu do Rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą	
Nazwa banku, numer konta bankowego	
Osoba upoważniona do składania woli w imieniu Oferenta z upoważnieniem do zawierania umów cywilno – prawnych <i>Uwaga: jeżeli więcej niż jedna osoba jest upoważniona należy wpisać wszystkie osoby wraz z określeniem sposobu reprezentacji</i>	
Ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej (nr polisy wraz z datą obowiązywania)	
ZASOBY KADROWE NIEZBĘDNE DO REALIZACJI USŁUGI	
Kadra medyczna	
Kadra do obsługi organizacyjnej, odpowiedzialna za rejestrację uczestników, prowadzenie bazy danych	
INFORMACJE O USŁUDZE	
Miejsce realizacji usługi	
Czas realizacji usługi	
Opis realizacji usługi (można załączyć na osobnych stronach)	
Wyposażenie w aparaturę i sprzęt medyczny, warunki lokalowe	
Posiadanie systemu komputerowego umożliwiającego gromadzenie, przetwarzanie, przekazywanie danych	

Przewidywana liczba beneficjentów				
ŚRODKI FINANSOWE				
Rodzaj świadczenia	Liczba świadczeń	Cena jednostkowa netto (w złotych)	Cena jednostkowa brutto (w złotych)	Koszt całkowity (cena jednostkowa X przewidywana liczba świadczeń)
OŚWIADCZENIA/ZOBOWIĄZANIA OFERENTA:				
<p>Oświadczam, iż:</p> <ul style="list-style-type: none"> – zapoznałem się z treścią zapytania ofertowego; – wszystkie podane w ofercie oraz załącznikach informacje są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym; – osoby realizujące świadczenia zdrowotne w ramach usługi posiadają odpowiednie kwalifikacje; – nie zalegam z płatnościami podatków i składek na ubezpieczenie społeczne i zdrowotne; – nie zachodzą w stosunku do mnie przesłanki wykluczenia z postępowania na podstawie art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 507.). <p>Zobowiązuję się do:</p> <ul style="list-style-type: none"> – zatrudnienia osób posiadających odpowiednie kwalifikacje zawodowe; – zabezpieczenia dostępu do sprzętu i materiałów niezbędnych do wykonywania świadczeń i odpowiadającym wymaganiom określonym w odrębnych przepisach; – udzielania świadczeń z najwyższą starannością; – utrzymania ważnego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej obejmującego szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych przez okres realizacji usługi; – zabezpieczenia standardu świadczeń na poziomie nie gorszym, niż określony niniejszą ofertą, w szczególności z uwzględnieniem dostępności do świadczeń zdrowotnych, sprzętu, materiałów edukacyjnych, liczby i kwalifikacji personelu udzielającego świadczeń. 				
..... (miejscowość, data)	 (podpis osoby upoważnionej do reprezentowania podmiotu)		
INNE INFORMACJE, KTÓRE OFERENT CHCE PRZEDSTAWIĆ NP. BADANIA WŁASNE, REKOMENDACJE ITP.				
ZAŁĄCZNIKI:				
1.				
2.				

.....
(miejsce, data)

.....
(pieczęć i podpis osoby upoważnionej do reprezentowania podmiotu)