



FORMULARZ OFERTOWY

**na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania badań laboratoryjnych
na rzecz pacjentów Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. błogosławionego księdza Jerzego
Popiełuszki
we Włocławku**

I. Dane oferenta

1. Pełna nazwa i siedziba oferenta (adres)

2. Osoba upoważniona do reprezentowania Oferenta

3. Adres siedziby Oferenta

4. Nr telefonu kontaktowego.....adres poczty elektronicznej.....

5. Nr wpisu do właściwego rejestru

6. Organ dokonujący wpisu

7. Nr REGON 8. Nr KRS

9. Nr NIP

II. Przedmiot oferty:

Złożona oferta jest ofertą na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania badań laboratoryjnych na rzecz pacjentów Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. błogosławionego księdza Jerzego Popiełuszki we Włocławku.

III. Oświadczenia:

Oświadczam, że oferent zapoznał się z treścią ogłoszenia, Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert, wzorem umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania badań laboratoryjnych na rzecz pacjentów Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. błogosławionego księdza Jerzego



Województwo
Kujawsko-Pomorskie

ul. Wieniecka 49, 87 - 800 Włocławek
NIP: 888 311 78 73; REGON: 341411727
www.szpital.wloclawek.pl; sekretariat@szpital.wloclawek.pl
tel. 54 412 90 00



WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM. BŁOGOSŁAWIONEGO KSIĘDZA JERZEGO POPIEŁUSZKI WE WŁOCŁAWKU

Popiełuszki we Włocławku i akceptuje zawarte w nich postanowienia, nie wnosi do nich zastrzeżeń oraz posiadam informacje niezbędne do przygotowania oferty.

Oświadczam, że oferent posiada uprawnienia niezbędne do realizacji świadczeń stanowiących przedmiot Konkursu ofert oraz dysponuje niezbędną wiedzą i doświadczeniem do wykonywania świadczeń zdrowotnych oraz spełnia określone prawem oraz w treści Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert warunki ich realizacji.

Oświadczam, że w przypadku dokonania wyboru przez Udzielającego Zamówienia złożonej przez oferenta oferty, zobowiązuję się do zawarcia umowy o treści zgodnej ze wzorem stanowiącym Załącznik nr 3 do ogłoszenia oraz przystąpienia do realizacji świadczeń zdrowotnych.

Oświadczam, że świadczenia stanowiące przedmiot niniejszego Konkursu będą wykonywane przy wykorzystaniu aparatury i sprzętu medycznego znajdującego się w posiadaniu Przyjmującego zamówienie.

Oferent zobowiązuje się do zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone przy wykonywaniu świadczeń zdrowotnych na zasadach określonych w treści obowiązujących przepisów prawnych oraz zgodnie z treścią umowy, której wzór stanowi załącznik nr 3 do ogłoszenia.

IV. Oferowana wartość zamówienia:

1) netto: zł

(słownie:)
+ podatek VAT.

2) bruttozł

(słownie:)

z zastosowaniem cen jednostkowych określonych w Formularzu cenowym.

Włocławek, dnia

.....

podpis oferenta



Województwo
Kujawsko-Pomorskie

ul. Wieniecka 49, 87 - 800 Włocławek
NIP: 888 311 78 73; REGON: 341411727
www.szpital.wloclawek.pl; sekretariat@szpital.wloclawek.pl
tel. 54 412 90 00