

.....
pieczęćka Oferenta

FORMULARZ OFERTOWY
Dane oferenta i oświadczenia

Pełna nazwa oferenta:

.....
.....

Pełny adres Oferenta:

.....
.....

Numer tel.:

Adres e-mail:

.....

Numer Księgi w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą:

.....

Numer statystyczny REGON:

.....

Numer Identyfikacji Podatkowej NIP:

.....

Numer KRS:

.....

Nazwisko i imię oraz stanowisko osoby / osób uprawnionej do reprezentowania:

.....
.....

Nazwa banku, nr rachunku:

.....
.....



Oświadczenie

1. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią Ogłoszenia o Konkursie oraz ze Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania badań molekularnych i cytogenetycznych nr 3/2023 i nie wnoszę do nich zastrzeżeń.
2. Oświadczam, że jako Oferent spełniam warunki udziału w postępowaniu zgodnie z PKT III Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert na dowód czego składam stosowne dokumenty.
3. Oświadczam, że zapoznałem się ze wzorem umowy stanowiącym załącznik nr 4 do SWKO, akceptuję go i nie wnoszę do niego zastrzeżeń.
4. Oświadczam, że jestem związany niniejszą ofertą przez okres 30 dni od daty złożenia oferty.
5. Oświadczam, że posiadam aktualne ubezpieczenie OC w zakresie prowadzonej działalności/ oświadczam o zamiarze zawarcia umowy OC za szkody wyrządzone przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych objętych konkursem ofert, niezwłocznie po zawarciu umowy na świadczenia zdrowotne.*
6. Oświadczam, że dane przedstawione w ofercie są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.

*) niewłaściwe skreślić.

.....
Data i podpis Oferenta
lub upoważnionego przedstawiciela