

KONKURS OFERT NA CAŁODOBOWE WYKONYWANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ZAKRESIE BADAŃ DIAGNOSTYCZNYCH REZONANSEM MAGNETYCZNYM DLA PACJENTÓW WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO NR 4 W BYTOMIU.

Załącznik nr do oferty

FORMULARZ OFERTOWY

Dane dotyczące Wykonawcy:

Nazwa:

Adres:

Województwo:

nr telefonu:

nr faksu:

http:// e-mail:

nr NIP: nr REGON:

Bank i nr konta

.....

Osoba upoważniona do kontaktów w trakcie konkursu:

tel.:; fax:; e-mail:

Osoba/osoby upoważnione do podpisania umowy:

tel.:; fax:; e-mail:

Osoba/osoby odpowiedzialne za realizację umowy:

tel.:; fax:; e-mail:

Przystępując do konkursu na świadczenia zdrowotne w zakresie badań diagnostycznych rezonansem magnetycznym ofertę niniejszą składamy na zapisanych kolejno ponumerowanych i podpisanych stronach.

Do złożonej oferty załączamy następujące dokumenty i oświadczenia:

<i>Lp.</i>	<i>Nazwa dokumentu</i>	<i>nr załącznika do oferty</i>	<i>nr strony w ofercie</i>
1.	Wypełniony formularz ofertowy (zał. nr 1 do Regulaminu).	Załącznik nr.....	.....
2.	Wypełniony formularz cenowy (zał. nr 1A do Regulaminu).	Załącznik nr.....	.....
3.	Cennik wszystkich pozostałych badań MR, które Wykonawca posiada w swojej ofercie.	Załącznik nr.....	.....
4.	Oświadczenia Wykonawcy ubiegającego się o udzielenie zamówienia (zał. nr 2 do Regulaminu).	Załącznik nr.....	.....
5.	Oświadczenie o podwykonawstwie (załącznik nr 3 do Regulaminu).	Załącznik nr.....	.....
6.	Aktualny wypis z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez organ wskazany w art. 106 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U z 2011 nr 112, poz. 654 z późn. zm.).	Załącznik nr.....	.....
7.	Aktualny odpis z właściwego rejestru, jeżeli odrębne przepisy wymagają wpisu do rejestru lub CEIDG wystawiony nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert.	Załącznik nr.....	.....
8.	Oryginał lub kopia dokumentu potwierdzającego nadanie NIP.	Załącznik nr.....	.....
9.	Oryginał lub kopia dokumentu potwierdzającego nadanie REGON.	Załącznik nr.....	.....
10.	Oryginał lub kopia referencji wystawionych i podpisanych przez podmiot wykonujący działalność leczniczą.	Załącznik nr.....	.....
11.	Aktualne zaświadczenie wystawione przez właściwy Oddział Zakładu Ubezpieczeń Społecznych potwierdzające brak zaległości Wykonawcy w opłacaniu składek na ubezpieczenie zdrowotne i społeczne (wystawione nie wcześniej niż 3 miesiące przed upływem terminu składania ofert).	Załącznik nr.....	.....
12.	Aktualne zaświadczenie wystawione przez właściwego Naczelnika Urzędu Skarbowego potwierdzające brak zaległości Wykonawcy w opłacaniu podatków i opłat (wystawione nie wcześniej niż 3 miesiące przed upływem terminu składania ofert).	Załącznik nr.....	.....
13.	Certyfikat PN-EN ISO 9001:2009, PN-EN ISO 14001:2005 lub inny dokument stwierdzający, że Wykonawca posiada wdrożony system zarządzania jakością.	Załącznik nr.....	.....
14.	Wykaz pracowników Wykonawcy wraz z załącznikami potwierdzającymi kwalifikacje zawodowe (zał. nr 4 do Regulaminu)	Załącznik nr.....	.....

15.	Polisa OC, potwierdzająca ubezpieczenie w zakresie prowadzonej działalności związanej z przedmiotem zamówienia lub oświadczenie o zawarciu polisy.	Załącznik nr.....	.....
16.	Zaparaflowany projekt umowy (załącznik nr 5 do Regulaminu)	Załącznik nr.....	.....
17.	W przypadku spółki cywilnej – kopia umowy spółki	Załącznik nr.....	.....
18.	W przypadku złożenia oferty wspólnej – kopia umowy konsorcjum.	Załącznik nr.....	.....
19.	Pełnomocnictwo	Załącznik nr.....	.....
20.	Inne	Załącznik nr.....	.....

Podpis (osoby/osób uprawnionych
do reprezentowania Wykonawcy)

(pieczęć imienna / firmowa)