

**KONKURS OFERT NA WYKONYWANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ZAKRESIE
BADAŃ PATOMORFOLOGICZNYCH 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 patomorfologicznych ofertę niniejszą składamy na zapisanych kolejno ponumerowanych i podpisanych stronach.

Do złożonej oferty załączamy następujące dokumenty i oświadczenia:

| Lp. | Nazwa dokumentu | nr załącznika do oferty | nr strony w ofercie |
|------------|---|--------------------------------|----------------------------|
| 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, 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 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. | Zaparafowany projekt umowy | Załącznik nr ..... | ..... |

| | | | |
|-----|--|-----------------------|-------|
| | <i>(załącznik nr 5 do Regulaminu)</i> | ..... | ..... |
| 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)
