

**KONKURS OFERT NA WYKONYWANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ZAKRESIE  
REHABILITACJI KARDIOLOGICZNEJ STACJONARNEJ 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 rehabilitacji kardiologicznej stacjonarnej ofertę niniejszą składamy na zapisanych ..... kolejno ponumerowanych i podpisanych stronach.*

Do złożonej oferty załączamy następujące dokumenty i oświadczenia:

<b>Lp.</b>	<b>Nazwa dokumentu</b>	<b>nr załącznika do oferty</b>	<b>nr strony w ofercie</b>
1.	Wypełniony formularz ofertowy (zał. nr 1 do Regulaminu).	Załącznik nr .....	.....
2.	Wypełniony formularz cenowy (zał. nr 1A do Regulaminu).	Załącznik nr .....	.....
4.	Oświadczenia Wykonawcy ubiegającego się o udzielenie zamówienia (zał. nr 2 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 2020 nr 112, poz. 295 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 opłaceniu 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 opłaceniu podatków i opłat (wystawione nie wcześniej niż 3 miesiące przed upływem terminu składania ofert).	Załącznik nr .....	.....
14.	Wykaz pracowników Wykonawcy (zał. nr 3 do Regulaminu)	Załącznik nr .....	.....
16.	Polisa OC, potwierdzająca ubezpieczenie w zakresie prowadzonej działalności związanej z przedmiotem zamówienia lub oświadczenie o zawarciu polisy.	Załącznik nr .....	.....
17.	Zaparaflowany projekt umowy na świadczenia zdrowotne (zał. Nr 4 do Regulaminu)	Załącznik nr .....	.....
19.	W przypadku spółki cywilnej – kopia umowy spółki	Załącznik nr .....	.....
20.	W przypadku złożenia oferty wspólnej – kopia umowy konsorcjum.	Załącznik nr .....	.....
21.	Pełnomocnictwo	Załącznik nr .....	.....
22.	Inne	Załącznik nr .....	.....

Podpis (osoby/osób uprawnionych do reprezentowania Wykonawcy)

