

.....

(pieczęć firmowa oferenta)

FORMULARZ OFERTOWY

Przystępując do konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania pobrań krwi w krwiobusach kandydatom do Wojskowej Akademii Technicznej składam następującą ofertę:

I. DANE OFERENTA

Nazwa podmiotu/świadczeniodawcy wykonującego działalność leczniczą:

.....
.....

Adres siedziby podmiotu leczniczego/świadczeniodawcy (z kodem pocztowym)

.....

NIP.....

REGON.....

Nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, o którym mowa w art. 100 i 106 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej....., prowadzonym przez- jeżeli dotyczy

Numer wpisu do właściwego rejestru (KRS), prowadzonego przez- jeżeli dotyczy

Wpis do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej tak¹⁾ / nie¹⁾

Osoba uprawniona do złożenia i podpisania oferty w imieniu podmiotu.....

Telefon stacjonarny, tel. kom.

Uwaga: w przypadku spółki cywilnej należy podać numery i dane każdego ze współników. Do oferty należy dołączyć kopie dokumentów dla każdego współnika.

¹⁾ niewłaściwe przekreślić

II. OŚWIADCZENIA OFERENTA ¹⁾

1. Zapoznałem się z treścią ogłoszenia o konkursie tj. „Szczegółowymi warunkami konkursu ofert” oraz projektem umowy i nie zgłaszam zastrzeżeń.
2. Oświadczam, że sprzęt oraz krwiobusy na którym będą wykonywane badania są dopuszczone do obrotu i użytku na terenie RP oraz posiada aktualne przeglądy techniczne.
3. Nie jesteśmy podmiotem polegającym na wykluczeniu w rozumieniu art.7 ustawy z dnia 13.04.2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspierania agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz.U. 2022 poz.835)
4. Oświadczam, że jestem ubezpieczony za szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych, zgodnie z art. 25 ust. 1 pkt. 1) ustawy z dnia 15.04.2011 r. o działalności leczniczej w wysokości określonej w
 - Rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą oraz, że ubezpieczenie to będzie kontynuowane przez cały okres realizacji zamówienia ¹⁾ lub
 - Rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej świadczeniodawcy niebędącego podmiotem wykonującym działalność leczniczą, udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej oraz, że ubezpieczenie to będzie kontynuowane przez cały okres realizacji zamówienia¹⁾
5. Oświadczam, że w przypadku wyboru mojej oferty zobowiązuję się do podpisania umowy w terminie i miejscu wskazanym przez Udzielającego zamówienia.
6. Oświadczam, że jestem związany ofertą w terminie 30 dni od terminu na składanie ofert.

IV. DEKLARACJE OFERTOWE

1. CENA

1) Zamówienie wykonam za:

kwotę zł. brutto za pobranie krwi jednej osobie

słownie złotych brutto.

łącznie kwotę zł. brutto za pobrań krwi (**min. liczba pobrań w trakcie umowy: 480, maksymalna liczba pobrań w trakcie umowy: 800**)

słownie złotych brutto.

¹⁾ niewłaściwe przekreślić

V. ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY

Wraz z ofertą składam DOKUMENTY :

.....
.....
.....
.....

Data

.....
(*podpis osoby uprawnionej do podpisania oferty*)

¹⁾ niewłaściwe przekreślić

