

.....
(pieczęć oferenta)

OFERTA

1. Pełna nazwa podmiotu:

.....
.....

2. Forma prawna:

.....

3. Dokładny adres indywidualnej praktyki lekarskiej/grupowej praktyki lekarskiej/zakładu opieki zdrowotnej - zgodny z wpisem do odpowiedniego rejestru:

.....
.....

4. Tel.:

e-mail:

5. Dokładny adres do korespondencji - podać tylko jeśli jest inny niż w pkt. 3:

.....
.....

6. Numer wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą:

.....

7. Numer REGON:

8. Numer NIP:

9. Nazwa banku i numer rachunku:

.....

10. Imiona i nazwiska oraz funkcje osób upoważnionych do reprezentowania **Oferenta** w kontaktach zewnętrznych i **posiadających zdolność do podejmowania zobowiązań finansowych w imieniu podmiotu (zawierania umów):**

.....

.....

11. Opis przedmiotu oferty (zgodny z ogłoszeniem o konkursie):

.....
.....

12. Liczba wykonanych badań genetycznych w każdym z ostatnich dwóch lat przed dniem otwarcia ofert:

.....

13. Miejsce realizacji zadania: **(wpisać adres, pod którym będą udzielane świadczenia oraz konsultacja lekarska):**

.....

14. Czas udzielania świadczeń przez Oferenta: **Poniżej należy wypisać proponowany czas udzielania świadczeń zdrowotnych, a także wskazać miejsce, dni i godzin ich udzielania w tym dostępność stacjonarna lekarza specjalisty genetyki klinicznej:**

.....

15. Czy oferent dostosuje się do harmonogramu Zamawiającego:

.....

16. Czy Oferent realizuje wszystkie badania będące przedmiotem konkursu na terenie województwa świętokrzyskiego oraz czy zapewnia możliwość konsultacji lekarskiej z lekarzem genetykiem klinicznym na terenie województwa świętokrzyskiego:

.....

17. Czy Oferent udziela konsultacji genetycznych finansowanych ze środków publicznych (jeśli tak wskazać numer umowy z NFZ na udzielanie tych świadczeń):

.....

18. Czy Oferent ma zawartą umowę z Udzielającym Zamówienie na udzielanie świadczeń objętych niniejszym Przedmiotem Zamówienia:

.....

19. Oferta cenowa: **Poniżej należy wpisać stawkę brutto w polskich złotych (ryczałtowa uśredniona za jedno badanie):**

Proponowana cena:

..... zł brutto za wykonanie kompleksowej diagnostyki genetycznej chorób nienowotworowych, z uwzględnieniem cytogenetycznych badań molekularnych za jedno badanie (ryczałtowa uśredniona).

20. Minimalna liczba osób udzielających określonych świadczeń zdrowotnych:

.....

21. Oświadczam, że zapoznałem/-am się z SWKO oraz spełniam warunki udziału.

22. Oświadczam, że zapoznałem/-am się z klauzulą informacyjną RODO, stanowiącą załącznik nr 4 do SWKO.

23. Oświadczam, że zapoznałem/-am się ze wzorem umowy, stanowiącym załącznik nr 3 do SWKO i w pełni go akceptuję.

.....
data i czytelny podpis Oferenta