**FORMULARZ OFERY**

***Konkurs ofert na świadczenia zdrowotne w zakresie***

**wykonywania badań laboratorium analitycznego**

***dla Zakładu Lecznictwa Ambulatoryjnego w Chrzanowie sp.z o.o .***

1. Oferent .........................................................................................................................................

2. Adres oferenta ..............................................................................................................................

3. Nr telefonu ....................................................................................................................................

4.Forma organizacyjna podmiotu leczniczego .................................................................................

5.Rodzaj prowadzonej działalności leczniczej .................................................................................

6.Nr wpisu do ewidencji działalności gospodarczej .........................................................................

7. Nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą …...................................

8.REGON …..................................................

9. NIP ….........................................................

10.Nazwa banku oraz nr rachunku ..................................................................................................

11. Nr polisy ubezpieczeniowej .......................................................................................................

12. Okres obowiązywania polisy ......................................................................................................

13. Kontakt e-mail.............................................................................................................................

**Zgłaszam ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania badań laboratorium analitycznego w okresie od …................................do …....................................**

**Całkowita wartość oferty wyniesie** ….................................................zł ( słownie )....................................................................................................................................................................................................w tym …........% vat

W załączeniu formularz cenowy.

**Oferuje wykonywanie niniejszych świadczeń codziennie od poniedziałku do piątku oraz zapewniam odbiór materiału w dni i godziny :**

poniedziałek .....................................

wtorek...............................................

środa ….............................................

czwartek ...........................................

piątek …...........................................

**Oświadczenie.**

1) **Oświadczam ,że** zapoznałem się z treścią ogłoszenia ,szczegółowymi warunkami konkursu ofert, wzorem umowy i nie wnoszę zastrzeżeń **oraz** z przepisami ustawy z dnia 15.04.2012 o działalności leczniczej /Dz.U.2016poz.1683)

2) **Oświadczam,że** spełniam warunki :

* 1. posiadam uprawnienia do wykonywania w/w działalności lub czynności
  2. posiadam wiedzę i doświadczenie
  3. dysponuje odpowiednim potencjałem technicznym oraz osobami zdolnymi do wykonania zamówienia
  4. znajduje się sytuacji ekonomicznej i finansowej gwarantującej realizację zamówienia

3) **Oświadczam,że** jako podwykonawca usług laboratoryjnych wyrażam gotowość do poddania się kontroli ze strony OW NFZ ,właściwego dla siedziby Udzielającego zamówienie , na zasadach określonych w ustawie z dnia 27.08.2004 o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych ,w zakresie wynikającym z umowy zawartej przez Udzielającego Zamówienie z NFZ.

Do formularza oferty załączam następujące dokumenty:

1.......................................................

2......................................................,

3.......................................................

4.......................................................

5.......................................................

Chrzanów ,dnia........................................ …...................................................

Podpis oferenta