

.....
Pieczęć firmowa oferenta

Formularz ofertowy

Konkurs ofert na świadczenia zdrowotne w zakresie brachyterapii realizowanych na rzecz pacjentów Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego im. prof. K. Gibińskiego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, ul. Ceglana 35, 40-514 Katowice

Nazwa Oferenta.....

Siedziba Oferenta

NIP..... Regon.....

Nr telefonuFax.....e-mail:

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

Nr rachunku bankowego:

.....

.....

Oferuję zrealizowanie świadczeń objętych konkursem za wynagrodzeniem ustalonym zgodnie z umową, której projekt stanowi załącznik nr 2 do SWKO przy uwzględnieniu następujących wartości procentowych:

Tabela załącznika nr 8 do Umowy „Zasady ustalania i płatności wynagrodzenia Przyjmującego Zamówienie:

Pozycja 1c - %

Pozycja 2c - %

W związku z ogłoszeniem konkursu ofert przez Uniwersyteckie Centrum Kliniczne im. prof. K. Gibińskiego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach na całodobowe udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie brachyterapii w trybie leczenia szpitalnego i w trybie ambulatoryjnym:

1. Zobowiązuję się do udzielania świadczeń będących przedmiotem niniejszego konkursu na zasadach określonych w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert (SWKO) przez okres wskazany w Załączniku Nr 2 do SWKO.
2. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia oraz postanowieniami określonymi w SWKO i przyjmuję je bez zastrzeżeń.

3. Oferuję zrealizowanie przedmiotu zamówienia w rzeczowym zakresie objętym SWKO.
4. Oświadczam, że zawarty w załączniku nr 2 do SWKO projekt umowy został przeze mnie zaakceptowany i zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty do zawarcia umowy na zawartych w niej warunkach.

.....
miejsowość, data

.....
podpis oferenta