**FORMULARZ OFERTOWY**

1. Dane oferenta:

Imię, nazwisko i adres oferenta lub nazwę oraz siedzibę oferenta, telefon kontaktowy lub adres e-mail; ……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

2. Zobowiązuję/my się do zapłaty czynszu najmu lokalu stanowiącego przedmiot przetargu w wysokości 3.013,00 zł (słownie: trzy tysiące trzynaście złotych 00/100 brutto) za dany miesiąc w terminie 14 dni od dnia otrzymania faktury…………………………………......................................................................................

3. Proponuję/my oprócz minimalnych wymagań określonych w dziale III pkt 2 ogłoszenia o przetargu świadczenie następujących usług specjalistycznych:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Specjaliści** | **Tak** | **Nie** |
| 1. | Urolog |  |  |
| 2. | Laryngolog |  |  |
| 3. | Okulista |  |  |
| 4. | Dermatolog |  |  |
| 5. | Alergolog |  |  |
| 6. | Neurolog |  |  |

\* właściwe zaznaczyć krzyżykiem pod kolumną TAK lub NIE

4. Proponujemy czas pracy zakładu opieki zdrowotnej (godziny i dni w tygodniu):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Godz. pracy** | **Dni tygodnia** |
| 1. |  | Poniedziałek |
| 2. |  | Wtorek |
| 3. |  | Środa |
| 4. |  | Czwartek |
| 5. |  | Piątek |
| 6. |  | Sobota |

5. Oświadczam/my, że zapoznałem się /liśmy się z warunkami przedmiotu zamówienia, ze stanem technicznym lokalu oraz projektem umowy najmu lokalu użytkowego i umowy użyczenia , akceptuję / my je i nie wnoszę /nie wnosimy do nich żadnych zastrzeżeń.

6. Oświadczam, że posiadam/y zawarty / zawrę \* kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia w ramach podstawowej lub specjalistycznej opieki zdrowotnej.

7. W przypadku wyboru mojej / naszej oferty zobowiązuję /my się do podpisania umowy w miejscu i czasie określonym przez Zamawiającego.

Data sporządzenia oferty:……………………… ………………………………………….

(pieczęć i podpis oferenta)

\* niepotrzebne skreślić

*Załączniki do oferty:*

1. Kopia dowodu wniesienia wadium poświadczona za zgodność z oryginałem przez uprawnioną osobę.
2. Szczegółowa informacja o prowadzonej dotychczas przez oferenta działalności z zakresu usług medycznych - oryginał.
3. Aktualny odpis z właściwego rejestru lub z centralnej ewidencji i informacji o działalności gospodarczej, jeżeli odrębne przepisy wymagają wpisu do rejestru lub ewidencji, wystawiony nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert – kopia poświadczona za zgodność z oryginałem przez uprawnioną osobę.
4. Uprawnienia do prowadzenia działalności medycznej– kopia poświadczona za zgodność z oryginałem przez uprawnioną osobę.
5. Oświadczenia:

- o niezaleganiu z opłacaniem podatków - oryginał,;

- o niezaleganiu z opłacaniem składek na ubezpieczenia społeczne lub zdrowotne - oryginał,.

1. Referencje wystawione, przez co najmniej 1 (jedną) jednostkę samorządu terytorialnego na terenie, której Oferent świadczył dotychczas usługi z zakresu opieki medycznej - oryginał lub kopia poświadczona za zgodność z oryginałem przez uprawnioną osobę.
2. Informacja o innych propozycjach w zakresie prowadzenia działalności medycznej, perspektywy rozwoju, miejsca prowadzenia działalności.