

FORMULARZ OFERTOWY

1. Dane oferenta:

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

.....

3. 2. Zobowiązuję/my się do zapłaty czynszu najmu lokalu stanowiącego przedmiot przetargu w wysokości: 2.559,24 zł. (słownie brutto: dwa tysiące, pięćset pięćdziesiąt dziewięć złotych, 24/100) 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.	Dni tygodnia	Godz. pracy
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.

6.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.

7.Informacja o innych propozycjach w zakresie prowadzenia działalności medycznej, perspektywy rozwoju, miejsca prowadzenia działalności.