

FORMULARZ OFERTOWY

W POSTĘPOWANIU KONKURSOWYM NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
W ZAKRESIE: stomatologii dla dzieci, stomatologii dla dorosłych, ginekologii i położnictwa,
otolaryngologii.

- nr referencyjny postępowania: KO/2/2020 r.
prowadzonym przez Miejskie Centrum Medyczne „Polesie” w Łodzi

Oferta dotyczy realizacji części ... w zakresie

Pełna nazwa oferenta:

.....
.....

Adres oferenta: (województwo, kod, miejscowość, ulica, nr domu, nr lokalu)

.....

Numer telefonu.....

Adres e-mail

Numer fax.....

Numer NIP.....

Numer REGON.....

Numer rejestru podmiotu leczniczego.....

Numer KRS (jeśli dotyczy).....

1. Niniejszym zgłaszamy gotowość przystąpienia do konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych nr referencyjny postępowania KO/2/2020 r., zgodnie z treścią Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert.
2. Niniejszym oświadczam, że:
 - 1) Zapoznałam/łem się z treścią ogłoszenia i Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert w przedmiocie konkursu i nie wnoszę do nich zastrzeżeń oraz uzyskałam/łem wszystkie informacje i wyjaśnienia konieczne do przygotowania oferty,
 - 2) spełniam niezbędne warunki w zakresie kwalifikacji,
 - 3) czuję się związana/y niniejszą ofertą na czas wskazany w SWKO,
 - 4) zapoznałam/łem się z warunkami umowy określonymi w załączniku nr 3 do SWKO i akceptuję je bez zastrzeżeń oraz zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego zamówienia,
 - 5) zobowiązuję się do wypełniania swoich obowiązków, zgodnie ze sposobem organizacji oraz harmonogramem czasu pracy uzgodnionym z Udzielającym zamówienia,

- 6) zobowiązuję się do zachowania tajemnicy i wykorzystania informacji uzyskanych w wyniku postępowania konkursowego wyłącznie do celów ofertowych,
 - 7) zobowiązuję się do żądania zapłaty za wykonane usługi w terminie 14 dni licząc od daty wpłynięcia faktury do siedziby Udzielającego zamówienia,
 - 8) nie zostałam/łem skazana/y za przestępstwo umyślne ani nie toczy się w stosunku do mnie postępowanie karne za przestępstwo umyślne.
3. Proponuję/emy następującą cenę na świadczenia zdrowotne, będące przedmiotem konkursu ofert, obowiązujące w okresie obowiązywania umowy.

Oferowana cena * %
--

- *) Oferowaną cenę Przyjmujący zamówienie określa procentowo w stosunku do świadczeń zakontraktowanych przez Udzielającego zamówienia z Narodowym Funduszem Zdrowia (bez miejsc po przecinku).
W odniesieniu do Części nr 1 i 2 (stomatologia dla dzieci i stomatologia dla dorosłych) zaoferowana cena nie może przekroczyć 45% w stosunku do świadczeń zakontraktowanych przez Udzielającego zamówienia z Narodowym Funduszem Zdrowia.
W odniesieniu do Części nr 3 i 4 (ginekologia i położnictwo oraz otolaryngologia) zaoferowana cena nie może przekroczyć 60% w stosunku do świadczeń zakontraktowanych przez Udzielającego zamówienia z Narodowym Funduszem Zdrowia.

.....
Data i Podpis Oferenta