

FORMULARZ OFERTOWY

Składający ofertę:

Nazwa

.....

Siedziba (adres)

Dane osób upoważnionych do podpisania umowy(imię, nazwisko, funkcja)

.....

.....

Telefon /faks/e-mail

Nr KRS:.....

Nr wpisu do Rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą:.....

.....

Nr NIP:.....

Nr Regon:.....

Nr konta bankowego:.....

.....

Zobowiązania i informacje oferenta:

1. Składamy/Składam* niniejszym ofertę i zobowiązujemy się/zobowiązuję się* wykonać przedmiot zamówienia polegający na stwierdzeniu zgonu i jego przyczyn oraz na wystawianiu kart zgonu, zgodnie z rozdziałem II Zaproszenia do składania ofert.

Termin realizacji zamówienia w okresie od dnia zawarcia umowy do dnia 31 grudnia 2021 r.
Proponuję jednostkową cenę brutto za jednokrotne wystawienie karty zgonu i ustalenie przyczyny zgonu w wysokości: zł
cena słownie:

2. Oświadczamy/Oświadczam* że:

- zapoznaliśmy się/zapoznałem się* z postanowieniami zapytania ofertowego i akceptujemy/akceptuję* wszystkie określone tam warunki realizacji zamówienia,
- posiadamy status podmiotu leczniczego i zapewniamy całodobowy dyżur lekarza, który wykona czynności będące przedmiotem zamówienia,**
- posiadam prawo wykonywania zawodu lekarza na terenie kraju i prowadzę działalność gospodarczą, o której mowa w art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2020 r., poz. 295, z późn. zm.) oraz zapewniam całodobowe wykonywanie czynności będących przedmiotem zamówienia,**
- zapewniamy/zapewniam* całodobową dostępność numeru telefonicznego, pod którym funkcjonariusz Policji będzie mógł dokonywać przez całą dobę zgłoszeń o konieczności przyjazdu na miejsce, w którym znajdują się zwłoki.

.....

(pieczęć, podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Oferenta)

*niepotrzebne skreślić.

**niepotrzebne skreślić.