Załącznik nr 1

…………………………………………… Miejscowość....................…., dnia ……………

*Pieczęć firmowa Oferenta*

**FORMULARZ OFERTOWY**

I. Dane Oferenta:

Nazwa Oferenta....................................................................................................................................

Siedziba Oferenta.................................................................................................................................

NIP......................................... Regon......................................KRS…………………………………

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

Tel.............................................................. Fax....................................................................................

e-mail:......................................................... www...............................................................................

Nazwa banku i nr rachunku bankowego:……....................................................................................

II. Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia na warunkach określonych w Szczegółowych Warunkach Konkursu w zakresie zestawu nr …....

Termin realizacji: …...................... od daty zawarcia umowy

III. Dane nt. personelu odpowiedzialnego za realizację zadania będącego przedmiotem konkursu:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i Nazwisko | Kwalifikacje personelu | Lata pracy | Rola w realizacji |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Minimalna liczba osób udzielających świadczeń zdrowotnych………………………………………

IV. Dostępność badań (dot. świadczeń w siedzibie Zleceniobiorcy)

Dni i godziny udzielania świadczeń zdrowotnych:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. Poniedziałek | od | ……….. | do | ……….. |
| 2. Wtorek | od | ……….. | do | ……….. |
| 3. Środa | od | ……….. | do | ……….. |
| 4. Czwartek | od | ……….. | do | ……….. |
| 5. Piątek | od | ……….. | do | ……….. |

Sposób przyjmowania zgłoszeń …………………………………………………………………………….

Miejsce wykonywania świadczeń zdrowotnych : ………………………………………………………….

Odległość w km od siedziby Zamawiającego ……………………………………………………………..

Przewidywany czas oczekiwania na badanie: normalny ……………………………………………….

cito ………………………………...................................

Osoby odpowiedzialne za realizację zamówienia oraz nr telefonu kontaktowego:

……………………………………………………..

……………………………………………………..…

*Podpis i pieczęć osoby/osób*

*uprawnionej/uprawnionych do reprezentowania wykonawcy*