

.....
(pieczęć firmowa Oferenta)**KONKURS OFERT NA UDZIELANIE ŚWIADZEŃ ZDROWOTNYCH NA RZECZ
WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO NR 4 W BYTOMIU.**

FORMULARZ OFERTOWY	
DANE IDENTYFIKACYJNE OFERENTA	
Nazwa	
Adres	
Województwo	
Nr telefonu	
Nr faxu	
e-mail	
NIP	
REGON	
Nr rachunku bankowego	
Osoba upoważniona do kontaktu	

Przystępując do konkursu na udzielanie świadczeń zdrowotnych w rodzaju

.....
ofertę niniejszą składamy na zapisanych kolejno ponumerowanych i podpisanych
stronach.

Do złożonej oferty załączam następujące dokumenty i oświadczenia:

<i>Nazwa dokumentu</i>	<i>nr załącznika do oferty</i>	<i>nr strony w ofercie</i>
Wypełniony formularz ofertowy (zał. nr 1 do Regulaminu).	Załącznik nr	
Wypełniony formularz cenowy (zał. nr 1A do Regulaminu).	Załącznik nr	
Oświadczenia Oferenta ubiegającego się o udzielenie zamówienia (zał. nr 2 do Regulaminu).	Załącznik nr	
Zaświadczenie o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą.*	Załącznik nr	
Dyplom ukończenia specjalizacji.	Załącznik nr	
Dyplom ukończenia studiów.	Załącznik nr	
Zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do udzielania świadczeń zdrowotnych.	Załącznik nr	
Szkolenie o ukończeniu kursu BHP.	Załącznik nr	
Oświadczenie o niekaralności.	Załącznik nr	
Polisa OC, potwierdzająca ubezpieczenie w zakresie prowadzonej działalności związanej z przedmiotem zamówienia lub oświadczenie o zawarciu polisy.	Załącznik nr	
Zaparafowany projekt umowy (załącznik nr 5 do Regulaminu)	Załącznik nr	
Kserokopia prawa wykonywania zawodu	Załącznik nr	
Inne	Załącznik nr	

* należy przedłożyć w przypadku podmiotu wykonującego działalność leczniczą

Podpis (osoby/osób uprawnionych do reprezentowania Wykonawcy)

(pieczęć imienna / firmowa)

WYKAZ PERSONELU UDZIELAJĄCEGO ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

.....
(pieczęć firmowa Oferenta)

l.p.	Nazwisko i imię	PESEL	Nr prawa wykonywania zawodu	Posiadane specjalizacje

Podpis (osoby/osób uprawnionych
do reprezentowania Wykonawcy)

(pieczęć imienna / firmowa)