

.....
/ Pieczęć oferenta /

Szpital Dziecięcy im. prof. dr. med. Jana Bogdanowicza
Samodzielny Zespół Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej
ul. Niekańska 4/24, 03-924 Warszawa

FORMULARZ OFERTOWY

W odpowiedzi na ogłoszenie konkursu ofert z dnia na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie rezonansu magnetycznego wraz z najmem pomieszczeń przeznaczonych na potrzeby udzielania w/w świadczeń zdrowotnych, zgłaszam następującą ofertę:

I. DANE OFERENTA

1. Nazwa firmy (lub imię i nazwisko)

.....
.....
.....

2. Adres z kodem

.....

3. Tel. fax

4. NIP REGON

5. Zarejestrowany w

.....
.....

pod numerem

.....

6. Nazwa Banku

.....

7. Nr Konta

.....

II. PRZEDMIOT OFERTY

1. Oferuję wykonywanie następujących badań diagnostycznych (wypełnić załącznik Nr 1 do oferty).
2. Oferowane świadczenia będą wykonywane na poziomie zgodnym z przyjętymi standardami, wymogami Narodowego Funduszu Zdrowia, z zachowaniem przepisów sanitarnych, ppoż., BHP z uwzględnieniem najnowszych osiągnięć w tej dziedzinie.
3. Do oferty załączam opis(y) organizacji i warunków technicznych wykonywania oferowanych świadczeń. wykaz sprzętu i aparatury przeznaczonego do wykonywania zamówienia wraz z danymi dotyczącymi wymienionych urządzeń, atestami, zezwoleniami oraz ofertę w zakresie przystosowania pomieszczeń przeznaczonych do udzielania świadczeń z zakresu diagnostyki obrazowej określająca wielkość środków finansowych przeznaczonych na proponowane przystosowanie pomieszczeń
4. Gwarantuję ciągłość świadczeń, niezależnie od urlopów, absencji chorobowej i nieobecności z innych powodów, bez naruszania warunków zawartej umowy.
5. Termin ważności oferty 30 dni od terminu składania ofert.

III. ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY

zawarte w szczegółowych warunkach konkursu ofert .

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

..... dnia.....

.....
(podpis oferenta)