*Pieczęć oferenta*

………..……………………

*Miejscowość, data*

**Samodzielny Publiczny Gminy**

**Zakład Opieki Zdrowotnej w Nadarzynie**

ul. Sitarskich 3

05-830 Nadarzyn

FORMULARZ OFERTOWY

W odpowiedzi na ogłoszenie o konkursie ofert z dn. 25.11.2019 r. na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie diagnostyki laboratoryjnej, zgłaszam następującą ofertę:

1. DANE OFERENTA:

|  |
| --- |
| Nazwa firmy (lub imię i nazwisko) |
|  |
| Adres *(Miejscowość, kod pocztowy, ulica, nr lokalu)* |
|  |
| Telefon |  | Fax |  |
| E-mail |  |
| NIP |  | REGON |  |
| Zarejestrowany w |
| Nazwa rejestru/instytucji |  | pod nr |  |

1. PRZEDMIOT OFERTY
	1. Oferuję udzielanie następujących świadczeń zdrowotnych w zakresie diagnostyki

laboratoryjnej *(wypełnić załącznik Nr 1 do oferty).*

* 1. 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.
	2. Do oferty załączam opis(y) organizacji i warunków technicznych wykonywania oferowanych świadczeń.
	3. Gwarantuję ciągłość świadczeń, niezależnie od urlopów, absencji chorobowej i nieobecności z innych powodów, bez naruszania warunków zawartej umowy.
	4. Termin ważności oferty 30 dni od terminu składania ofert.
1. ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY *(zawarte w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert)*:
	1. ………………………………………………………………………………………
	2. ………………………………………………………………………………………
	3. ………………………………………………………………………………………
	4. ………………………………………………………………………………………
	5. ………………………………………………………………………………………
	6. ………………………………………………………………………………………
	7. ………………………………………………………………………………………
	8. ………………………………………………………………………………………
	9. ………………………………………………………………………………………
	10. …………………………………………………………………………………

………..…………………… ………..……………………

*Miejscowość, data Podpis oferenta*