**FORMULARZ OFERTOWY**

**Konkurs na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza patomorfologa dla Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej MSWiA w Koszalinie**

1. Dane Oferenta:

|  |  |
| --- | --- |
| Pełna nazwa: |  |
| Adres: |  |
| Województwo: |  |
| NIP: |  |
| REGON: |  |
| KRS lub inny organ rejestrowy: |  |
| Wielkość przedsiębiorstwa:(właściwe podkreślić) | 1. **mikroprzedsiębiorstwo**, 2. **małe przedsiębiorstwo**, 3. **średnie przedsiębiorstwo**, 4. **żadne z powyższych.** |
| Telefon/fax: |  |
| Dane osoby upoważnionej do kontaktów: | Imię i nazwisko:Numer telefonu:Adres e-mail:  |
| Strona www: |  |
| Numer rachunku bankowego: |  |

Dane podmiotu tworzącego (wypełnia wyłącznie podmiot leczniczy niebędący przedsiębiorcą NIP REGON Imię i nazwisko osób(y) uprawnionej do reprezentowania placówki numer wpisu do KRS albo ewidencji działalności gospodarczej, numer REGON, NIP, numer wpisu
do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, w przypadku podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą - dane podmiotu tworzącego.

……………………………………………………………………………………………………………

Telefon, fax, e-mail…………………………………………………………………………………….

1. Zobowiązujemy się do realizacji przedmiotu konkursu ofert za cenę łączną zgodnie
z Załącznikiem 2 do konkursu:

Wartość netto: ……………………. (słownie: ……………….……………………………..)

Wartość brutto: ………………..….. (słownie: ……………………………….……………..)

1. Oświadczamy, że wartość brutto podana w pkt. 2 zawiera wszystkie koszty wykonania przedmiotu konkursu ofert, jakie ponosi Przyjmujący zamówienie.
2. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się i akceptujemy warunki konkursu ofert oraz projekt umowy i nie wnosimy do nich zastrzeżeń oraz zdobyliśmy konieczne informacje do przygotowania oferty. Zobowiązujemy się, w przypadku wyboru naszej oferty, do zawarcia umowy na wyżej wymienionych warunkach w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego zamówienie.
3. Uważamy się związani ofertą przez czas wskazany w warunkach konkursu ofert.
4. Wyrażamy zgodę na termin płatności: przelewem w terminie **30 dni** od dnia przedłożenia prawidłowo wystawionej faktury VAT w siedzibie Udzielającego zamówienie.
5. Informujemy, że informacje składające się na ofertę, zawarte na stronach (jeżeli dotyczy) ........................... stanowią **tajemnicę przedsiębiorstw** w rozumieniu przepisów ustawy o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji i jako takie nie mogą być ogólnie udostępnione.
6. W przypadku wybrania naszej oferty osobami reprezentującymi firmę w umowie są:

………………………………………………………………………………………………….

Oferta liczy ....................... kolejno ponumerowanych stron.

Załącznikami do oferty są:

1. ..................................................................................................................................

2. ..................................................................................................................................

............................... dnia ……………….

 *(miejscowość)*

 ……………………….…………

 *(podpis Oferenta)*