



Szpital Miejski św. Jana Pawła II w Elblągu
ul. Komeńskiego 35 ; 82-300 Elbląg

tel. 55 230-41-84 , fax. 55 230-41-50
<http://www.szpitalmiejski.elblag.pl>

Konkurs ofert na świadczenie usług medycznych w zakresie patomorfologii

Załącznik nr 1

OFERTA

ZAMAWIAJĄCY

Nazwa:

Szpital Miejski św. Jana Pawła II w Elblągu

Adres:

82-300 Elbląg, ul. Komeńskiego 35

OFERENT UBIEGAJĄCY SIĘ O UDZIELENIE ZAMÓWIENIA

1.	Nazwa:		
	NIP:		REGON:
	Województwo:		
	Miejscowość:		Kod pocztowy:
	Kraj:		
	Adres pocztowy (ulica, nr domu i lokalu):		
	E-mail:		Tel.:
	Adres internetowy (URL):		Faks:
Wykonawca jest małym lub średnim przedsiębiorstwem* <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE			

* Małe przedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 50 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 10 milionów EUR

Średnie przedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które nie jest mikroprzedsiębiorstwem ani małym przedsiębiorstwem i które zatrudniają mniej niż 250 osób i których roczny obrót nie przekracza 50 milionów EUR lub roczna suma bilansowa nie przekracza 43 milionów EUR.

ADRES DO KORESPONDENCJI

Nazwa:		
Województwo:		
Miejscowość:		Kod pocztowy:
Kraj:		
Adres pocztowy (ulica, nr domu i lokalu):		
Tel:	Faks:	E-mail:

Nawiązując do zaproszenia do złożenia oferty cenowej na świadczenie usług medycznych w zakresie patomorfologii na rzecz Szpitala Miejskiego św. Jana Pawła II w Elblągu, oferujemy wykonanie pełnego zakresu przedmiotu zamówienia za cenę (wartość):

brutto PLN (słownie:)
(zgodnie z załącznikiem nr 2).



Szpital Miejski św. Jana Pawła II w Elblągu
ul. Komeńskiego 35 ; 82-300 Elbląg
tel. 55 230-41-84 , fax. 55 230-41-50
<http://www.szpitalmiejski.elblag.pl>

Konkurs ofert na świadczenie usług medycznych w zakresie patomorfologii

OŚWIADCZENIE OFERENTA

Oświadczam, że:

- Zapoznałem/łam się z treścią Ogłoszenia Konkursu Ofert na świadczenie usług medycznych w zakresie patomorfologii, akceptuję jej treść i nie wnoszę zastrzeżeń.
- Zapoznałem/łam się ze wszystkimi koniecznymi informacjami, niezbędnymi do przygotowania oferty oraz wykonania usługi zamówienia.
- Uzyskałem/łam informacje konieczne do przygotowania oferty.
- Oferowana cena obejmuje wszystkie niezbędne do zrealizowania zadania nakłady.
- Zgłaszam ofertę w zakresie świadczenia usług medycznych w zakresie patomorfologii na rzecz Szpitala Miejskiego św. Jana Pawła II w Elblągu.
- W przypadku uznania mojej oferty za najkorzystniejszą, zobowiązuje się do zawarcia umowy w terminie, w miejscu i na zasadach określonych przez Szpital Miejski św. Jana Pawła II w Elblągu.
- Zapoznałem/łam się z treścią niniejszego ogłoszenia i nie wnoszę zastrzeżeń.
- Uważam się związanym/ną ofertą przez okres 30 dni.
- Dane przedstawione w ofercie i niniejszych oświadczeniach oraz wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym na dzień składania oferty.
- Świadczenia wykonywane będą przy użyciu aparatury lub urządzeń gwarantujących wiarygodną diagnostykę i spełniających odpowiednie standardy zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.
- Posiadam aktualne ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w zakresie udzielonego zamówienia.
- Personel, który wykonuje usługi medyczne w zakresie patomorfologii posiada odpowiednie uprawnienia, kwalifikacje oraz doświadczenie niezbędne do udzielania świadczeń medycznych objętych przedmiotem oferty.

.....
Miejscowość, data

.....
(podpis Oferenta z pieczętą imienną lub
podpis czytelny osoby uprawnionej do
reprezentowania Oferenta)