

.....
(pieczęć Oferenta)

FORMULARZ OFERTOWY

na realizację działań z zakresu ochrony i promocji zdrowia związanych z profilaktyką i leczeniem chorób wątroby – dedykowanych dla mieszkańców miasta Bydgoszcz.

INFORMACJE O OFERENCIE	
Pełna nazwa Oferenta	
Adres Oferenta	
Numer telefonu	
Adres e-mail	
REGON	
NIP	
Forma organizacyjna podmiotu leczniczego Imię i nazwisko, adres (w przypadku przedsiębiorcy) Numer wpisu do Rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą lub KRS	
Nazwa banku, numer konta bankowego	
Osoba upoważniona do składania woli w imieniu Oferenta z upoważnieniem do zawierania umów cywilno – prawnych <i>Uwaga: jeżeli więcej niż jedna osoba jest upoważniona należy wpisać wszystkie osoby wraz z określeniem sposobu reprezentacji</i>	
Ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej (nr polisy wraz z datą obowiązywania)	
INFORMACJE O ZADANIU	
Miejsce realizacji zadania	
Czas realizacji zadania	
Opis realizacji zadania (można załączyć na osobnych stronach)	
Przewidywana liczba beneficjentów	
Zasoby kadrowe (liczba osób, kwalifikacje, doświadczenie zawodowe)	

ŚRODKI FINANSOWE			
Rodzaj działania	Liczba planowanych działań	Cena jednostkowa netto (w złotych)	Cena jednostkowa brutto (w złotych)
RAZEM			
OŚWIADCZENIA/ZOBOWIĄZANIA OFERENTA:			
<p>Oświadczam, iż:</p> <ul style="list-style-type: none"> – zapoznałem się z treścią zapytania ofertowego; – wszystkie podane w ofercie oraz załącznikach informacje są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym; – osoby realizujące świadczenia zdrowotne w ramach usługi posiadają odpowiednie kwalifikacje; – nie zalegam z płatnościami podatków i składek na ubezpieczenie społeczne i zdrowotne; – nie zachodzą w stosunku do mnie przesłanki wykluczenia z postępowania na podstawie art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 507). <p>Zobowiązuję się do:</p> <ul style="list-style-type: none"> – zatrudnienia osób posiadających odpowiednie kwalifikacje zawodowe; – zabezpieczenia dostępu do sprzętu i materiałów niezbędnych do wykonywania świadczeń i odpowiadającym wymaganiom określonym w odrębnych przepisach; – udzielania świadczeń z najwyższą starannością; – utrzymania ważnego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej obejmującego szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych przez okres realizacji usługi. 			
..... (miejscowość, data)	 (podpis osoby upoważnionej do reprezentowania podmiotu)	

.....
(miejsce, data)

.....
(pieczęć i podpis osoby upoważnionej do reprezentowania podmiotu)