PDF Complete
Your complimentary use period has ended. Thank you for using PDF Complete.
Click Here to upgrade to Unlimited Pages and Expanded Features

é é é é é é é é .é é ..

(miejscowoŚĆ i data)

FORMULARZ OFERTY ï KONKURS 2013 ROK

na realizacjň programu pn.: ĂProgram wczesnego wykrywania zakaŮeŒwirusem brodawczaka ludzkiego HPVò

I. Dane oferenta:

Peğna nazwa:é .....
é .....
Dokğadny adres (z kodem pocztowym):é .....
é ..é ...é
é .é
tel.:é é é é é é é é é é é é é .é é é ..é é é ....é ..fax:é é é é é é é é é é é é é .é é é é ...
e-mailé é é é é é é é é é é é é é é é é é .é é é ...http://é é é é .....é é é é é é é é é .....
NIPé ...é
REGONé ...é é é é é é é é é ....

Osoba (Osoby) upowaŮniona(e) do reprezentacji oferenta i skğadania oŚwiadczeŒwoli w jego imieniu, **w tym do podpisania umowy** (imiň, nazwisko) é é é é é é é é é é é é é é é é é é ..
é é é é é é é ..é é é é é é é é é é é é é é é é é ..é é é é é é é é é é é é .é é .é é é é ..é .
é ...é é é é é ..é
Koordynator Programu ï osoba do kontaktu w sprawach dotyczŃcych realizacji Programu (nazwisko i imiň, numer telefonu, adres e-mail):
é .é é
é .é é
é .
Numer rachunku bankowego oferenta wraz z nazwŃ banku: é é é é é é é é é é é é é é é é é é é ...
é .
Proponowany okres realizacji ŚwiadczeŒw ramach umowy: é é é é é é é é é é é é é é é é é é é

<u>II. Dane dotyczŃce warunków lokalowych i bazy sprzňtowej oferenta</u>

Opis warunków lokalowych pomieszczeŒ, w których bňdzie realizowany Program:
é ..é ...é é é
é ..é .é é é é é é ..é
é .é é é é é .é é ..é é é é é é é é é é .é
é ..é é é ..é é é é é é é é é é ...é ..é
é ..é é é é .é é é é é é é é é é é é é é é é ..

Your complimentary use period has ended. Thank you for using PDF Complete.
Click Here to upgrade to Unlimited Pages and Expanded Features

przŋt medyczny niezbŋdnego do przeprowadzenia

é .
é é é é é é é é é é é é é é é é é é é

Your complimentary use period has ended. Thank you for using PDF Complete.
Click Here to upgrade to Unlimited Pages and Expanded Features

rogramu:

):

é é

é é

é é

Dni tygodnia i godziny realizacji ŜwiadczeŒw ramach Programu:

é .é é é é é ....

é .é é é é é é

é .

é ..é é é ....é é é ....

Sposób rejestracji pacjentek do Programu:

osobiŜcie (adres, dni, godziny)é é é é é .é é é é é é é é é é é é é é .é é é é é é ..é .é é é é .

é .

telefonicznie (numer)é .é .é é é é é é é é ..

é .é é é é é é .é

é .

Nazwa i adres laboratorium wykonujŃcego analizň pobranego materiaģu:

.................é .é é é é .é .é é é é é

é ..é é é ...é .é .é é é é é é é é é .

Proszň podaĺ Ŧródģo informacji, z którego oferent dowiedziaģ siň o konkursie oferté é é é é ...

é é é é é é é é é é é é é .é é

Your complimentary use period has ended. Thank you for using PDF Complete.
Click Here to upgrade to Unlimited Pages and Expanded Features

ów (właściwe proszę zaznaczyć) [1]:

ym do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą,
prowadzonego przez é ,
pod numerem .é é é é é é é é é é é é é é é é ,
praktyką zawodową, wpisaną do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą,
prowadzonego przez é ,
pod numerem .é é é é é é é é é é é é é é é é ,

2. Oświadczam, że jako Oferent jestem wpisany do:
   Krajowego Rejestru Sądowego
   pod numerem é é é é é é é é é é é é é é .é é .. .
   nie dotyczy

3. Oświadczam, że jako Oferent jestem wpisany do:
   Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej
   nie dotyczy

   Dodatkowe informacje, tj: **imię i nazwisko, nr PESEL, adres zamieszkania, NIP, REGON** (dotyczy osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą, wspólników spółek cywilnych) i proszę wymienić .
   3.1. é ..
   3.2. é ..
   3.3. é .

<u>Jednocześnie oferent oświadcza, że:</u>

I. Zapoznałem się z treścią Ogłoszenia o konkursie ofert na realizację programu zdrowotnego pn.: „Program wczesnego wykrywania zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego HPV" oraz ze „Szczegółowymi warunkami konkursu ofert"

II. Wszystkie podane w „Formularzu oferty i 2013 roku" oraz załącznikach do oferty informacje są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym.

é é é é é é é é é é é é é é é é

(podpis i pieczęć osoby/osób
upoważnionej/-nych do reprezentacji oferenta oraz
składania oświadczeń woli w jego imieniu)

[1] W odniesieniu do podmiotów, o których mowa w art. 4 ust. 1 oraz art. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (Dz.U. z 2011 r. Nr 112, poz. 654 ze zmianami).

Your complimentary use period has ended. Thank you for using PDF Complete.
Click Here to upgrade to Unlimited Pages and Expanded Features

należy dołączyć:

(w zależności od statusu prawnego oferenta)

1.1. Aktualny wydruk z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez wojewodę w zakresie Działu I księgi rejestrowej oraz tego/tych fragmentu/fragmentów, który/które dotyczy/dotyczą realizacji przedmiotu konkursu ofert; natomiast pełen wydruk z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą w przypadku praktyk zawodowych.

1.2. Aktualny odpis z Krajowego Rejestru Sądowego.

1.3. W przypadku oferentów wykonujących działalność leczniczą w formie spółki cywilnej – kopię umowy spółki lub wyciąg z tej umowy zawierający postanowienie o zasadach reprezentacji spółki albo uchwałę wspólników spółki cywilnej w przedmiocie zasad reprezentacji spółki lub kopie pełnomocnictw udzielonych przez pozostałych wspólników do prowadzenia spraw spółki wykraczających poza zwykłe czynności.

1.4. Jeżeli działania organów uprawnionych do reprezentacji wymagają odrębnych upoważnień – stosowne upoważnienia udzielone tym organom.

1.5. W przypadku, gdy oferent nie posiada medycznego laboratorium diagnostycznego wpisanego do ewidencji Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych w swojej strukturze , do załącznika Nr 1 należy dodatkowo dołączyć oświadczenie o zapewnieniu wykonania badań laboratoryjnych objętych Programem i należy wskazać w oświadczeniu dokładny adres i nazwę laboratorium.

- załącznik nr 2 – kserokopię polisy ubezpieczeniowej odpowiedzialności cywilnej obejmującą szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych, na okres ich udzielania. W przypadku, gdy termin ubezpieczenia wygasa w trakcie trwania umowy na realizację Programu należy również dołączyć zobowiązanie oferenta do przedłużenia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej. Natomiast w przypadku braku polisy, oferent musi złożyć oświadczenie stwierdzające, że umowa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej zostanie zawarta na okres obowiązywania umowy.
- załącznik nr 3 – kserokopie dokumentów potwierdzających kwalifikacje osób, które będą realizować Program, wymienionych w pkt III formularza oferty.

Kserokopie dokumentów muszą być na każdej stronie potwierdzone za zgodność z oryginałem oraz czytelnie podpisane (lub zawierać podpis/-y i pieczątkę/-ki) przez osobę/-y upoważnioną/-e do reprezentowania oferenta.

Załączniki do oferty powinny być ponumerowane i ułożone w kolejności.