Załącznik nr 2 do SWKO

FORMULARZ OFERTY

Nazwa Przyjmującego zamówienie: ……

……

Adres: ……

NIP: …….. REGON: …….

Tel.: …….. Fax: ……..

Nr wpisu do rejestru sądowego lub ewidencji działalności gospodarczej ……..

Nazwa Banku: .....

Nr Konta: .....

W odpowiedzi na ogłoszenie konkursu ofert na:

Świadczenia zdrowotne dla pacjentów
Szpitala Specjalistycznego w Pile im. Stanisława Staszica
/badania genetyczne w chorobach nowotworowych/

oferuję wykonanie zamówienia, zgodnie z warunkami określonymi w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert i Ofercie Cenowej stanowiącej załącznik nr 1 do oferty.

Osoba upoważnioną do kontaktów jest ……..

……

/imię i nazwisko, tel., e-mail/

1. Termin realizacji: od 01.01.2027 r. do 31.12.2029 r.
2. Sposób przyjmowania zgłoszeń: Imię i nazwisko ……..

   nr tel. ……, fax……..e-mail:…….

3. Minimalna liczba osób jakie będą wykonywały świadczenia będące przedmiotem niniejszego postępowania wynosi: ……
4. Dostęp do badań zapewniony będzie, zgodnie z SWKO.
5. Ponadto oświadczam, że:
   1) uważam się za związanego ofertą w termie wskazanym w SWKO,
   2) zapoznałem się z warunkami postępowania konkursowego oraz warunkami realizacji zamówienia i przyjmuje je bez zastrzeżeń,
   3) zapoznałem się ze wzorem umowy, stanowiącym załącznik nr 5 do SWKO i nie wnoszę do niego zastrzeżeń, a w razie wybrania mojej oferty zobowiązuję się do podpisania umowy w terminie i na warunkach określonych przez Udzielającego zamówienia,
   4) wszystkie składające się na ofertę dokumenty, przedstawiają stan prawny i faktyczny aktualny na dzień sporządzenia oferty.

……. ……..

/miejscowość, data/ */Pieczątka i podpis osoby uprawnionej/*