

FORMULARZ OFERENTA

I. DANE OFERENTA

Ofereant	
Forma organizacyjna	
Świadczenia z zakresu *:	1. wykonania 40 badań kolonoskopii, 2. wykonania 40 badań gastrokopii, - w sytuacji wskazań medycznych badania histopatologiczne
Osoba/y upoważnione do podpisywania zobowiązań finansowych	
Adres do korespondencji	
Nr telefonu , Fax	
NIP	
REGON	
1) Nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą	
2) Nr wpisu do rejestru sądu	
Polisa OC	Okres obowiązywania od.....do..... Suma gwarancyjna
Nazwa Banku, numer konta	
Źródła finansowania działalności w 2016 r. dla zakresów objętych przedmiotem konkursu	

* właściwe zakreślić

II. KWALIFIKACJE PERSONELU MEDYCZNEGO

1. Badania kolonoskopii:

Lp.	Imię i nazwisko	Rodzaj posiadanych kwalifikacji zawodowych	Nr statystyczny uprawnień, nr prawa wykonywania zawodu
1	2	3	4

2. Badania gastrokopii:

Lp.	Imię i nazwisko	Rodzaj posiadanych kwalifikacji zawodowych	Nr statystyczny uprawnień, nr prawa wykonywania zawodu
1	2	3	4

III. WYPOSAŻENIE W SPRZĘT MEDYCZNY (W TYM SPRZĘT JEDNORAZOWEGO UŻYTKU):

Lp.	Nazwa sprzętu (aparatury) med.,	Ilość	Uwagi
1	2	3	4

IV. WARUNKI LOKALOWE I TECHNICZNE niezbędne do realizacji przedmiotu konkursu: /m.in. rejestracja/

.....

.....

.....

.....

.....

.....

V. WSKAZANE DNI TYGODNIA I GODZIN, W KTÓRYCH BĘDĄ WYKONYWANE BADANIA

.....

.....

