

## Formularz ofertowy

na wykonywanie świadczeń zdrowotnych w zakresie badań histopatologicznych, cytologicznych, immunohistochemicznych, śródoperacyjnych oraz wykonywanie sekcji zwłok

### I. Dane o Oferencie:

1.	Nazwa	
2.	Siedziba	
3.	Numer wpisu do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą	
4.	Numer wpisu do ewidencji prowadzonej przez Krajową Radę Diagnostów Laboratoryjnych	
5.	REGON	
6.	NIP	
7.	TEL.	
8.	FAKS	
9.	E- MAIL	
10.	Adres pracowni oraz dni i godziny pracy	

## II. Oferent oświadcza, że:

- 1) zapoznał się z treścią ogłoszenia o konkursie oraz Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert i nie wnosi zastrzeżeń co do ich treści;
- 2) zapoznał się i akceptuje treść wzoru umowy (stanowiącej załącznik nr 3 do SWKO) na wykonywanie świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem konkursu;
- 3) dysponuje warunkami lokalowymi, aparaturą i sprzętem medycznym oraz personelem spełniającym wymogi przewidziane w przepisach prawa do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem konkursu;
- 4) spełnia wymagania określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 18 grudnia 2017 r. w sprawie standardów organizacyjnych opieki zdrowotnej w dziedzinie patomorfologii (Dz.U.2017.2435);
- 5) posiada .....letnie doświadczenie w udzielaniu świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem konkursu.

.....  
(data)

.....  
(podpis osoby uprawnionej  
do reprezentowania oferenta)