

O F E R T A

na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie:
BADAŃ ANALITYCZNYCH I BAKTERIOLOGICZNYCH
d l a

Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Brzyskach
z siedzibą:
Brzyska 349, 38-212 Brzyska

I. Dane o ofercie:

1. Pełna nazwa oferenta:

.....
.....

2. Adres:

.....

3. Nr wpisu do rejestru:

.....

4. Oznaczenie organu dokonującego wpisu do rejestru:

.....

5. NIP:

6. REGON:

7. Przyjmujący zamówienie oświadcza, że posiada wymagane prawem ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej z tytułu świadczonych usług opłacone zgodnie z przepisami rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. Nr 293, poz. 1729) lub rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej świadczeniodawcy niebędącego podmiotem wykonującym działalność leczniczą, udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 293, poz. 1728).

Ubezpieczenie OC – wysokość i termin ważności:

8. Czas trwania umowy: od 01-06-2016 r. do 31-12-2018r.

9. Liczba oraz kwalifikacje zawodowe osób udzielających świadczeń zdrowotnych zgodnie z obowiązującymi przepisami

.....
.....
.....

10. Określenie warunków lokalowych w tym dostęp dla osób niepełnosprawnych, wyposażenia w aparaturę i sprzęt medyczny z podaniem daty produkcji oraz środki transportu i łączności zgodnie z obowiązującymi przepisami.....

.....
.....