Załącznik

do ogłoszenia

Starosty Wrzesińskiego

z dnia 19.11.2019 roku

**OFERTA**

**Składający ofertę:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa**  **(w przypadku podmiotu leczniczego):** |  |
| Numer KRS/numer NIP: |  |
| **Imię i nazwisko:** |  |
| Numer PWZ: |  |
| **Siedziba (adres):** |  |
| **Telefon /faks/e-mail** |  |

**Zobowiązania i informacje oferenta:**

Składamy/Składam\* niniejszym ofertę i zobowiązujemy się/zobowiązuję się\* wykonać przedmiot ogłoszenia polegający na stwierdzeniu zgonu i jego przyczyny oraz wystawieniu karty zgonu za jednostkową **cenę brutto** za jednokrotne wykonanie ww. usługi: …………………………………………….............................................................zł (słownie: ..............................................................................................................................)

Oświadczamy/Oświadczam\* że:

* zapoznaliśmy się/zapoznałem/am się\* z treścią ogłoszenia i akceptujemy/akceptuję\* wszystkie określone tam warunki realizacji usługi,
* posiadamy status podmiotu leczniczego i zapewniamy całodobowy dyżur lekarza, który wykona czynności będące przedmiotem zamówienia\*/posiadam prawo wykonywania zawodu lekarza na terenie kraju i prowadzę działalność gospodarczą, o której mowa w art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2019 r., poz. 959 z późn. zm.) oraz zapewniam całodobowe wykonywanie czynności będących przedmiotem zamówienia\*,
* zapewniamy/zapewniam\* całodobową dostępność numeru telefonicznego, pod którym będzie można dokonywać przez całą dobę zgłoszeń o konieczności przyjazdu na miejsce, w którym znajdują się zwłoki.

…………………………………………..

(pieczęć i podpis osoby uprawnionej

do reprezentowania Oferenta)

\*niepotrzebne skreślić.