

Oferent:

Data:.....

.....
(pełna nazwa oferenta)

.....
(adres siedziby oferenta)

.....
(tel. fax, e- mail)

.....
(NIP REGON PESEL)

Gmina Tomaszów Mazowiecki
97-200 Tomaszów Mazowiecki
ul. Prezydenta I. Mościckiego 4

FORMULARZ OFERTY

Nawiązując do ogłoszenia o pisemnym przetargu nieograniczonym na dzierżawę nieruchomości zabudowanej budynkiem Ośrodka Zdrowia w Smardzewicach z przeznaczeniem na prowadzenie działalności w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych oferujemy:

1. Czynsz netto za nieruchomość - złotych NETTO miesięcznie
(słownie złotych:) plus należny podatek VAT

2. Wprowadzenie dodatkowych nieodpłatnych świadczeń specjalistycznych minimum 1 raz w miesiącu:

a) kardiologia

TAK	NIE
-----	-----

b) urologia

TAK	NIE
-----	-----

c) laryngologia

TAK	NIE
-----	-----

d) reumatologia

TAK	NIE
-----	-----

e) neurologia

TAK	NIE
-----	-----

f) Inne jakie:.....
.....

3. Nieodpłatne świadczenie usługi pielęgniarki szkolnej

TAK	NIE
-----	-----

4. Rejestracja pacjentów na określona godzinę

TAK	NIE
-----	-----

5. Nieodpłatne świadczenie rehabilitacji

TAK	NIE
-----	-----

6. Wadium zostało wpłacone w kwocie (przelewem/gotówką w kasie*)

7. Zwrot wadium gotówką w kasie/przelewem na rachunek bankowy nr
.....

.....
Podpis osoby (osób) upoważnionej do występowania w imieniu Oferenta

8. Oświadczam/y, że zapoznaliśmy się z ogłoszeniem o przetargu i Regulaminem przetargu jak również z projektem umowy dzierżawy oraz przyjmuje/my je bez zastrzeżeń a także uzyskałem/liśmy konieczną informację i wyjaśnienia do przygotowania oferty.
9. Oświadczam/y, że zapoznałem/liśmy się ze stanem budynku i nie wnoszę/imy zastrzeżeń.
10. Oświadczam/y że podpiszę/emy umowy o świadczenie usług z lekarzami specjalistami zadeklarowanymi w powyższym formularzu.
11. Oświadczam/y, że w stosunku do mnie/nas nie wszczęto postępowania upadłościowego, naprawczego, likwidacyjnego.
12. Oświadczam/y, że nie zalegam/my z uiszczeniem podatków, opłat lub składek na ubezpieczenie społeczne.
13. Zobowiązuję/emy się wypełnić wszelkie procedury rejestrowe konieczne do uzgodnień z Narodowym Funduszem Zdrowia celem zapewnienia wykonywania nieodpłatnie świadczeń nie później niż od 1.07.2016 r. co najmniej z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, o których mowa w § 5 pkt 1 Regulaminu przetargu.
14. Zobowiązuję/emy się do zapewnienia nie później niż od stycznia 2017 r. wykonywania nieodpłatnie świadczeń specjalistycznych przez/e nas/mnie zadeklarowanych w powyższym formularzu.
15. Zobowiązuję/emy się do zapewnienia nie później niż od stycznia 2017 r. wykonywania nieodpłatnie świadczeń rehabilitacji przez/e nas/mnie zadeklarowanych w powyższym formularzu.
16. Oferta została złożona na ponumerowanych stronach.
17. Oświadczam/y, że podpisuję niniejszą ofertę jako osoba do tego upoważniona na podstawie załączonego: pełnomocnictwa / odpisu z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej / odpisu z Krajowego Rejestru Sądowego/.

Załączniki:

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

Oświadczam/y, że dane zawarte w formularzu ofert są prawdziwe.

.....
Podpis osoby (osób) upoważnionej do
występowania w imieniu Oferenta

*niepotrzebne skreślić