

OFERTA

1. Imię nazwisko/nazwa podmiotu

Adres /siedziba.....

Telefon/e-mail.....

Składam/y niniejszą ofertę i zobowiązuję/my się :

wykonywać w dni powszednie od 8.00 do 18.00 usługę polegającą na wystawieniu karty zgonu i ustaleniu jego przyczyny (jednorazowe stwierdzenie zgonu , jego przyczyny i wystawienia karty zgonu)

za cenę:zł brutto słownie:.....)

2. Oświadczam, że:

- 1) zapoznałem/zapoznaliśmy się* z warunkami zapytania i akceptuję/akceptujemy* wszystkie określone w nim warunki,
- 2) posiadam/ posiadamy* status podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą i zapewniamy całodobowy dyżur lekarza, który wykona czynności będące przedmiotem postępowania.
- 3) posiadam/posiadamy* prawo wykonywania zawodu lekarza na terenie kraju, prowadzi działalność gospodarczą, o której mowa w art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1638 ze zm.) i zapewnię całodobowe wykonanie czynności będących przedmiotem postępowania,
- 4) zapewnię/ zapewnimy* dostępność numeru telefonicznego, pod którym Komenda Powiatowa Policji w Stargardzie będzie mogła dokonywać zgłoszeń o konieczności przyjazdu na miejsce, w którym znajdują się zwłoki.
- 5) w przypadku wyboru oferty zobowiązuję/zobowiązujemy się* do zawarcia umowy uwzględniającej istotne postanowienia niniejszego zapytania ofertowego.

.....

(Pieczęć i podpis osoby uprawnionej)