**OFERTA**

**Składający ofertę:**

Nazwa/imię i nazwisko ............................................................................................

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

Siedziba (adres) ............................................................................................

……………………………………………………………

NIP ……………………………………………………………

REGON ……………………………………………………………

Telefon /e-mail ………………....................................................................

Składamy/Składam\* niniejszym ofertę i zobowiązujemy się/zobowiązuję się\* wykonać usługę polegająca na stwierdzaniu zgonu i ustalaniu jego przyczyn oraz wystawianiu kart zgonu  
 w sytuacjach, o których mowa w ustawie z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (tj. Dz. U. z 2017 r. poz. 912) oraz rozporządzeniu Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 3 sierpnia 1961 r. w sprawie stwierdzenia zgonu i jego przyczyn (Dz. U.  
 z 1961r., Nr 39, poz. 202) w okresie od dnia 1.01.2018r. do dnia 31.12.2018r. za cenę jednostkową za każdorazowe wykonanie usługi:

……………………zł brutto (*cena słownie* ............................................................................. )

…………………….zł netto (*stawka VAT ……)*

Oświadczamy/Oświadczam\* że:

* + - zapoznaliśmy się/zapoznałem się\* z zapisami zaproszenia do składania ofert   
      i akceptujemy/akceptuję\* wszystkie określone tam warunki realizacji zamówienia,
    - posiadamy status podmiotu leczniczego, zgodnie z zapisami art. 4 ustawy z dnia   
      15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jednolity Dz. U. z 2016 r., poz. 1638 ze zm.) i zapewnimy całodobowy dyżur lekarza, który wykona czynności będące przedmiotem zamówienia;\*
* jestem lekarzem wykonującym działalność, o której mowa w art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jednolity Dz. U. z 2016 r., poz. 1638 ze zm.) i zapewnię całodobowe wykonywanie czynności będących przedmiotem zamówienia; \*
* zapewnimy/ę\* całodobową gotowość do wykonania przedmiotu zamówienia  
   i dostępność numeru telefonicznego, pod którym będzie można dokonywać przez całą dobę zgłoszeń o konieczności wykonania czynności będących przedmiotem zamówienia.

……………………………………………………..

(pieczęć, podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Oferenta)

\*niepotrzebne skreślić.