

.....  
pieczęć Wykonawcy

## FORMULARZ OFERTOWY

**Nazwa zadania: „Świadczenie usługi w postaci stwierdzenia zgonu i jego przyczyny oraz wystawienia karty zgonu osobom zmarłym na terenie Powiatu Opolskiego wskazanych Wykonawcy przez Policję”.**

<b>Zarejestrowana nazwa Wykonawcy:</b>	
<b>Zarejestrowany adres Wykonawcy:</b>	
<b>Adres do korespondencji</b> (jeżeli jest inny niż zarejestrowany adres Wykonawcy):	
<b>Numer telefonu:</b>	
<b>Numer faksu:</b>	
<b>E-MAIL:</b>	
<b>REGON:</b>	
<b>NIP:</b>	
<b>KRS:</b>	
<b>Numer prawa wykonywania zawodu</b>	
<b>Wynagrodzenie brutto za wykonanie usługi stwierdzenia zgonu i jego przyczyny oraz wystawienia karty zgonu</b> (obejmuje wszystkie koszty związane z usługą oraz koszty dojazdu do miejsca, w którym znajdują się zwłoki)	

1. Oświadczam, że zapewniam (y) całodobową dostępność numeru telefonicznego: ..... pod który funkcjonariusze Policji będą mogli dokonywać zgłoszeń.
2. Oświadczam, że posiadamy status podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą i zapewniamy całodobowy dyżur lekarza, który wykona czynności będące przedmiotem zamówienia,\*
3. Oświadczam, że 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 2015 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2022 r., poz. 633 z późn. zm.) oraz zapewniam całodobowe wykonywanie czynności będących przedmiotem zamówienia,\*

Załącznikami do niniejszej oferty są:

- 1) .....

.....  
miejsce, data, podpisy osób upoważnionych  
do reprezentowania Wykonawcy

\* niepotrzebne wykreślić