**OFERTA**

1. Imię nazwisko/nazwa podmiotu ………………………………………………………

Adres /siedziba……….……………………………………………………………………….

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

Składam/y niniejszą ofertę i zobowiązuję/my się :

wykonywać całodobowo usługę polegającą na wystawieniu karty zgonu i ustaleniu jego przyczyny ( jednorazowe stwierdzenie zgonu , jego przyczyny i wystawienia karty zgonu) przyczyny za cenę: ….…………zł brutto słownie:……………………………………….)

1. 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\* całodobowo 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)