Załącznik do ogłoszenia

Starosty Łowickiego

z dnia20.11.2019 r.

**OFERTA**

**Składam ofertę na wykonanie czynności związanych ze stwierdzaniem zgonu   
i jego przyczyn oraz wystawianiem kart zgonu**

1. **DANE OFERENTA:**
2. Podmiot wykonujący działalność leczniczą w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej ( Dz. U. z 2018 r. poz. 2190, 1690 i 2219; z 2019 r. poz. 492,730 i 959)

(nazwa podmiotu/imię i nazwisko)……………………………………………………………

1. Siedziba/adres zamieszkania: ………………………………………………………………
2. Telefon …………………………………………………………………………………………
3. NIP …………………………………………………………………………………………….
4. REGON …………………………………………………………………………………………
5. Aktualny odpis z właściwego rejestru albo aktualne zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej, jeżeli odrębne przepisy wymagają wpisu do rejestru lub zgłoszenia do ewidencji działalności gospodarczej, wystawione nie wcześniej niż trzy miesiące przed upływem terminu składania ofert …………………………………………………………………………………………………..
6. Numer prawa wykonywania zawodu ……………………………………………………….
7. **OŚWIADCZENIA**
8. Oświadczam, że zapoznałem/łam się z treścią ogłoszenia.
9. Oświadczam, że posiadam status podmiotu leczniczego.
10. Oświadczam, że posiadam uprawnienia do wykonywania czynności (usługi) będącej przedmiotem oferty.
11. **OFEROWANA CENA ZA JEDNOSTKOWY PRZYPADEK STWIERDZENIA ZGONU I JEGO PRZYCZYNY ORAZ WYSTAWIENIA KARTY ZGONU OSOBOM ZMARŁYM NA TERENIE POWIATU ŁOWICKIEGO (cena brutto podana w PLN zawierająca wszystkie koszty niezbędne do prawidłowego wykonania zadania, w tym koszty dojazdu)**

……………………………………………………………………………………………………………

Słownie brutto: ………………………………………………………………………………………..

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

data podpis oferenta