**Załącznik nr 5**

**Badania diagnostyczne:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| L | **Badania diagnostyczne w tym:** | Oferowana cena brutto w zł za jedno badanie  lub % od punktu rozliczeniowego |
| **I.** | 1. Badania endoskopowe   Gastroskopia i Kolonoskopia   1. Procedury uroginekologiczne | **………………………………………**  **…………………………………….** |

Oferujemy termin płatności do 14-dni od dnia przekazania rachunku do Zamawiającego każdego miesiąca, za miesiąc poprzedni .

………………………….…………….. ………………………..…………………..

Miejscowość, data podpis oferenta (pieczęć)

**Załączniki:**

1. Kserokopia aktualnego wpisu z KRS lub zaświadczenie o wpisie do ewidencji o działalności gospodarczej.

2. Dane identyfikacyjne Oferenta: Regon, NIP– kserokopia.

3. Kserokopia dyplomu ukończenia studiów, prawa wykonywania zawodu zawierająca numer oraz dyplom specjalizacji z danej dziedziny.

4. Kopie polisy lub innego dokumentu potwierdzającego zawarcie przez Oferenta Umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej Oferenta za szkody wyrządzone w związku z udzieleniem świadczeń.

5. Zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej podmiotów wykonujących działalność leczniczą w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego.

6. Lista osób świadczących usługi (łącznie z dokumentami poświadczającymi kwalifikacje - prawo wykonywania zawodu, dyplom AM, dyplomy specjalizacji)

7. Zaświadczenie od lekarza medycyny pracy o braku przeciwwskazań wykonywania pracy lekarza.

8. Aktualne zaświadczenie o ukończeniu szkolenia okresowego w zakresie bhp adekwatnego dla swojej grupy zawodowej, którą reprezentuje i której charakter pracy wiąże się z narażeniem na czynniki szkodliwe dla zdrowia, uciążliwe lub niebezpieczne albo z odpowiedzialnością w zakresie bhp.