FIȘĂ CU INFORMAȚII privind ofertantul

Ofertantul...........................................cunoscând prevederile codului penal, declar pe propria răspundere că următoarele informații prezentate sunt corecte și corespund realității:

1. Date de identificare:

Nume/denumire

Adresa/sediul

Identificat prin BI/CI\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CNP

Înmatriculată la Oficiul Registrului Comerțului sub nr..

*

Telefon/fax:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. Studii absolvite cu dilpomă

3. Specializare/Diploma/anul:

4. Alte competențe profesionale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5. Certificat de acreditare/Autorizația de liberă practică\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

6. Activitatea desfășurată în prezent:

-forma de organizare/numele angajatorului:

- certificatul de înregistrare în registrul unic al cabinetelor medicale:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

-contract furnizare servicii medicale încheiat cu Casa Județeană de Asigurări de Sănătate:

Astăzi\_\_\_\_\_\_

OFERTANT

(SEMNĂTURA ȘI PARAFA)

DECLARAȚIE DE PARTICIPARE

Subsemnatul\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/domiciliat în\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Str. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nr.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Bl.\_\_\_\_\_\_Sc.\_\_\_Ap.\_\_

Doresc să particip la licitația publică privind concesionarea unui spațiu cu destinația de cabinet medical pentru specialitatea Stomatologie, situat în localitatea Micesti sat Micesti , în suprafață totală de 62,32 mp, folosit in regim de Cabinet medical.

Declar că am luat la cunoștință de condițiile impuse prin caietul de sarcini, sunt de acord cu acestea și mă oblig să folosesc bunul ce face obiectul concesiunii în scopul desfășurării de activități medicale, schimbarea destinației spațiilor după concesionare, atrăgând rezilierea de drept a contractului de concesiune.

Declar pe propria răspundere, cunoscând prevederile codului penal, că cele menționate în prezenta declarație, sunt corecte și corespund realității.

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ofertant

(Semnătura și parafa)

 (denumire/nume, sediu/adresă, tel/fax)

FORMULAR DE OFERTĂ

Denumirea obiectivului licitației publice:

Concesiunea unui spațiu cu destinația de cabinet medical pentru specialitatea Stomatologie situat în Dispensarul uman din Comuna Micești, județul Argeș, strada Principală , DJ 731D, în vederea desfășurării activității medicale

Către,

Primăria Comunei Micești, strada Principală nr. 72,

 În urma examinării documentelor licitației a căror primire este astfel confirmată, eu subsemnatul\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ mă angajez să concesionez spațiul cu destinația de Cabinet stomatologie, in suprafață totală 62,32 mp, în vederea desfășurării activității medicale și sunt de acord cu cerințele și condițiile impuse prin documentele licitației.

 Mă oblig, în cazul în care oferta este acceptată să plătesc o redevență anuală în valoare de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ LEI/EURO (Fără TVA), la data de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

( 1Euro=\_\_\_\_\_\_\_\_Lei), ce se va achita Primăriei Comunei Micești , conform prevederilor contractului de concesiune-cadru.

 In cazul în care oferta este acceptată, voi respecta condițiile impuse prin caietul de sarcini și contractul de concesiune-cadru.

 Consimt să mențin prețul adjudecat pentru o periodă de 90 zile, corespunzător periodei de valabilitate a ofertei, aceasta urmând să fie acceptat de către noi în orice moment înainte de expirarea acestei perioade.

 Până la definitivarea conttractului, această ofertă înpreună cu acceptul Dvs. în scris vor constitui un contract angajant între noi.

OFERTANT

Astăzi\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(semnătură autorizată)

DECLARAȚIE PE PROPRIA RĂSPUNDERE

 Subsemnatul\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/domiciliat în\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_str.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nr.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ bl. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_sc.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ap\_\_\_\_\_\_\_\_\_, declar că am vizitat spațiul cu destinația de cabinet medical situat în Comuna Micești, în suprafață de 62,32 , folosit în regim de tură/contratură și am luat la cunoștință de condițiile existente.

 Declar pe propria răspundere, cunoscând prevederile codului penal, că cele menționate în prezenta declarație, sunt corecte și corespund realității.

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

OFERTANT

(SEMNATURĂ ȘI PARAFĂ)