

FORMULARZ OFERTOWY

Nawiązując do ogłoszenia o konkursie ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu:

Dyżurów medycznych w Oddziale Ginekologiczno-Położniczym

.....

.....

(wpisać zarejestrowaną nazwę firmy, imię i nazwisko)

posiadający(a) indywidualną praktykę lekarską z siedzibą w:

.....

wpisaną do rejestru indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich pod nr
wydaną przez Dolnośląską Izbę Lekarską

w.....

NIP.....

REGON.....

składa niniejszą ofertę.

1. Proponuję za jedną godzinę dyżuru medycznego wynagrodzenie brutto w wysokości:

.....zł. (słownie.....),

2. Za wykonywanie usługi proponuję zapłatę w formie przelewu bankowego na konto

.....

(wpisać bank i numer konta)

w terminie 30 dni od daty potwierdzenia faktury za wykonaną usługę i przekazania miesięcznego sprawozdania z wykonanych usług.

3. Oświadczam, że zapoznałem (łam) się z ogłoszeniem o konkursie.
4. Oświadczam, że zapoznałem (łam) się z dokumentami konkursowymi (Warunki zamówienia) i nie wnoszę do nich zastrzeżeń.
5. Oświadczam, że projekt umowy stanowiący załącznik nr 2 do Warunków Zamówienia akceptuję w całości i zobowiązuję się do zawarcia umowy.
6. Uważam się związanym / związaną ofertą przez okres 30 dni.
7. Do niniejszej oferty załączam wymagane dokumenty i oświadczenia jako załączniki.

Podpis
(pieczęć imienna)