

FORMULARZ OFERTOWY

Nawiązując do ogłoszenia o konkursie ofert na świadczenie usług medycznych z zakresu:

Porad geriatrycznych w Poradni Geriatrycznej.

.....
(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.....

TELEFON

składa niniejszą ofertę.

Proponuję cenę brutto za jeden punkt rozliczeniowy.....zł.(słownie
.....) **w Poradni Geriatrycznej**

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.

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

Podpis
(pieczęć imienna)