

FORMULARZ OFERTOWY

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

Ultrasonograficznej diagnostyki prenatalnej płodu na rzecz pacjentek Oddziału Ginekologii i Położnictwa Szpitala Specjalistycznego im. A. Falkiewicza we Wrocławiu

.....
(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

Składam niniejszą ofertę.

Proponuję cenę brutto za badanie(słownie zł.....)

1. 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.

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

.....
(pieczęć imienna i podpis)