

## 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 )