

FORMULARZ OFERTOWY

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

Konsultacji specjalistycznych

.....

na rzecz pacjentów 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 jedną konsultację.....(słownie zł.....)

w oddziale szpitalnym

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. **Konsultacje w trybie pilnym zobowiązuję się zrealizować do godzin od zgłoszenia, w trybie planowym do godzin od zgłoszenia.**

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 i pieczęć imienna