

FORMULARZ OFERTOWY

Nawiązując do ogłoszenia o konkursie ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych na rzecz pacjentów Izby Przyjęć Pediatryczno-Reumatologicznej Specjalistycznego im. A. Falkiewicza we Wrocławiu w ramach umów cywilnoprawnych w zakresie:

Całodobowej opieki przez osoby wykonujące zawód:

Ratownika medycznego

.....
(Nazwa prowadzonej działalności - imię i nazwisko)

.....
(adres prowadzenia działalności)

NIP.....

REGON.....

.....
(Telefon)

.....
(adres e-mail)

składam niniejszą ofertę.

1. Proponuję za jedną godzinę wykonania przedmiotu zlecenia wynagrodzenie brutto w wysokości zł. (słownie.....),
2. Za wykonywanie usługi proponuję zapłatę w formie przelewu bankowego na konto:

.....
(wpisać bank i numer konta)

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)