

## FORMULARZ OFERTOWY

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

**Konsultacji specjalistycznych** ( wpisać dziedzinę konsultacji )

.....

na rzecz pacjentów Oddziału Pediatriczno-Reumatologicznego 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.

1. Proponuję cenę brutto za jedną konsultację .....( słownie .....zł)

w oddziale pediatriczno-reumatologicznym

2. 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