

FORMULARZ OFERTOWY

Nawiązując do ogłoszenia o konkursie ofert z zakresu:

świadczenia usług zdrowotnych w godzinach od 7,25 do 15,00 w Dziale Anestezjologii

.....
(wpisać zarejestrowaną nazwę firmy, imię i nazwisko)

.....
wpisaną do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pod nr.....

NIP.....

REGON.....

Telefon

składa niniejszą ofertę.

1. Proponuję za jedną godzinę świadczenia medycznego wynagrodzenie brutto w wysokości:

a) w Dziale Anestezjologii (specjaliści)

w godz. od godz. 7,25 do 15,00..... zł (słownie.....)

b) w Dziale Anestezjologii (lekarze w trakcie specjalizacji)

w godz. od godz. 7,25 do 15,00..... zł (słownie.....)

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.

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

(pieczęć imienna)