

## Formularz ofertowy – świadczenia zdrowotne

### FORMULARZ OFERTOWY

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

Świadczenia usług zdrowotnych w godzinach od 7:25 do 15:00 w Oddziale:.....

.....

(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 .....

NIP.....

REGON.....

TELEFON .....

E-MAIL .....

składa niniejszą ofertę.

1. Proponuję wynagrodzenie brutto w wysokości:

a) lekarz specjalista

..... zł, / 1 godzina (słownie.....),  
w godz. od godz. 7:25 do 15:00

b) lekarze odbywający szkolenie specjalizacyjne

..... zł, / 1 godzina (słownie.....),  
w godz. od godz. 7:25 do 15:00

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)