

Formularz ofertowy - dyżury

FORMULARZ OFERTOWY

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

dyżurów medycznych w Oddziale:

.....
.....
(imię i nazwisko oferenta)

posiadający(a) indywidualną praktykę lekarską (nazwa i siedziba):

.....

wpisaną do rejestru indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich pod nr.....
wydaną przez

NIP.....REGON.....PESEL.....

Prawo wykonywania zawodu nr data uzyskania

SPECJALIZACJA

TELEFONE-MAIL

składa niniejszą ofertę.

1. Proponuję wynagrodzenie brutto w kwocie:zł / 1 godzinę
(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)