

FORMULARZ OFERTOWY

na udzielanie świadczeń zdrowotnych lekarskich na rzecz SPZOZ w Hrubieszowie w Poradni
Lekarza Rodzinnego i Poradni Dziecięcej

I. DANE OFERENTA:

Imię i Nazwisko lub Nazwa Oferenta:
.....

Adres Oferenta:
NIP REGON PESEL (dot. os.
fizycznych).....

Nr tel. e-mail
Nr wpisu do właściwego rejestru i oznaczenie organu dokonującego
wpisu.....

II. PROPONOWANA KWOTA WYNAGRODZENIA

1. Za wykonywanie przedmiotu umowy Udzielający Zamówienia płacić będzie
należność stanowiącą iloczyn liczby przepracowanych godzin i stawki za
godzinę – (słownie:) zł brutto.

OŚWIADCZENIA OFERENTA

1. Oświadczam, że zapoznałem się z materiałami informacyjnymi i ze szczegółowymi
warunkami konkursu ofert i nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
2. Uważam się za związanego ofertą przez okres 30 dni.
3. Nie wnoszę zastrzeżeń do załączonego projektu i zobowiązuję się do jej podpisania na
warunkach określonych w umowie, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego
Zamówienia.
4. Wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie zgodne są z aktualnym stanem faktycznym
i prawnym.
5. Zobowiązuję się do wykonywania świadczeń zdrowotnych w dniach uzgodnionych z
Udzielającym Zamówienia oraz wg ustalonego harmonogramu.
6. Zapewniam niezmiennosć cen w okresie obowiązywania umowy.

.....