

## FORMULARZ OFERTOWY

świadczenia usług medycznych lekarskich w zakresie:  
zabezpieczenia lekarskiego transportu pacjentów do innych jednostek służby zdrowia oraz pozostawania w gotowości do wykonywania w/w transportu

### 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

Za wykonanie świadczeń zdrowotnych oraz pozostawanie w gotowości do wykonywania świadczeń zdrowotnych Przyjmujący Zamówienie otrzyma wynagrodzenie umowne za każdą godzinę pracy wykonanej przez lekarza w ramach transportu pacjentów pracy Udzielającego Zamówienia, z uwzględnieniem stawki godzinowej dla lekarza:

- 1) pozostającego w gotowości do wykonywania transportu pacjenta (dyżur pod telefonem): ..... PLN brutto,
- 2) wykonującego pracę podczas transportu pacjenta do innych jednostek służby zdrowia: ..... PLN brutto

Stawki wynagrodzenia wskazane w powyższych punktach obejmują wszystkie koszty związane z realizacją przedmiotu umowy określonego w § 1.

### 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 niezmiennosc cen w okresie obowiązywania umowy.

.....

.....

(  
m  
i  
e  
j  
s  
c  
o  
w  
o  
ś  
ć  
,  
d  
a  
t  
a  
)