

## FORMULARZ OFERTOWY

**w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych w Oddziale Chirurgii Ogólnej i Urazowo-Ortopedycznej i podczas dyżuru lekarskiego w Oddziale Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej oraz do sprawowania opieki chirurgicznej nad pacjentami Izby Przyjęć, w szczególności wykonywania zabiegów chirurgicznych na Izbie Przyjęć, konsultacji przypadków urazowych oraz badań USG a także lekarza kierującego Oddziałem Chirurgii Ogólnej i Urazowo-Ortopedycznej oraz pełnienia nadzoru nad pracą Poradni Chirurgicznej**

### 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. Udzielający Zamówienia płać będzie Przyjmującemu Zamówienie za wykonywanie czynności określonych w § 1 ust. 1 pkt 1 i 2 wynagrodzenie stanowiące iloczyn liczby przepracowanych godzin i stawki za godzinę - ..... (słownie: .....) zł brutto.
2. Za wykonywanie tzw. dyżurów pod telefonem, określonych w § 1 ust. 2 Udzielający Zamówienia płać będzie Przyjmującemu Zamówienie wynagrodzenie stanowiące iloczyn liczby godzin i stawki za godzinę:
3. za pozostawanie w gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych (dyżur „pod telefonem”) - ..... (słownie: .....) zł brutto,
4. za udzielanie świadczeń zdrowotnych w wyniku wezwania – ..... (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.

.....

(  
m  
i  
e  
j  
s