

FORMULARZ OFERTOWY

udzielania świadczeń zdrowotnych jako pielęgniarz systemu w zespołach wyjazdowych ratownictwa medycznego Udzielającego Zamówienia oraz na potrzeby transportu medycznego lub zabezpieczenia opieki medycznej.

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 wykonywanie przedmiotu umowy Udzielający Zamówienia płać będzie

Przyjmującemu Zamówienie wynagrodzenie za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych:

- 1) w zespołach wyjazdowych ratownictwa medycznego w wysokości zł brutto (słownie:) oraz dodatek wyjazdowy w wysokości 30% stawki godzinowej,
- 2) poza zespołami wyjazdowymi ratownictwa medycznego w wysokości (słownie:) zł brutto.

Tak ustalona stawka obejmuje wzrost średniego wynagrodzenia dla pielęgniarek wynikający z rozporządzenia Ministra Zdrowia (1600 zł „brutto 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 niezmiennosc cen w okresie obowiązywania umowy.

.....

.....