

**FORMULARZ OFERTOWY****na świadczenie usług medycznych z zakresu położnictwa i ginekologii****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 czynności określonych w § 1 (za wyjątkiem reoperacji, za które wynagrodzenie nie przysługuje), Udzielający Zamówienia płać będzie wynagrodzenie w wysokości: - ..... % (słownie: ..... procent) wartości wykonanych samodzielnie procedur wg grupy JGP (rozliczonych i zapłaconych przez NFZ). W przypadku, gdy procedura wykonywana jest z innymi lekarzami wynagrodzenie ustala się w stosunku procentowym do ich udziału w jej wykonaniu na podstawie informacji sporządzonej przez lekarza kierującego Oddziałem Ginekologiczno-Położniczym – w takim przypadku łączna kwota wynagrodzenia dla wszystkich lekarzy wykonujących daną procedurę nie może przekroczyć .....% wartości procedury.

**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

.....