

## FORMULARZ OFERTOWY

1) udzielania świadczeń zdrowotnych lekarskich 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

2) wykonywania pracy 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

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.

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:

za pozostawanie w gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych (dyżur „pod telefonem”) - ..... (słownie: ..... ) zł brutto,

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 niezmienność cen w okresie obowiązywania umowy.

.....

.....

(  
m  
i  
e  
j  
s  
c  
o  
w  
o  
ś  
ć  
,