

## FORMULARZ OFERTOWY

udzielania świadczeń zdrowotnych lekarskich w Nocno-Świątecznej Opiece Zdrowotnej

### 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 płacić będzie Przyjmującemu Zamówienie wynagrodzenie stanowiące iloczyn liczby przepracowanych godzin i stawki za godzinę:

za udzielanie świadczeń zdrowotnych w charakterze lekarza w dni robocze od godz. 18.00 – ..... (słownie:.....) zł brutto,

za udzielanie świadczeń zdrowotnych w charakterze lekarza w ramach dyżuru w soboty i dni ustawowo wolne od pracy - ..... (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 niezmiennosc cen w okresie obowiazywania umowy.

.....

.....

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