

## FORMULARZ OFERTOWY

świadczenia usług medycznych lekarskich w Oddziale Chirurgii Ogólnej i Urazowo-Ortopedycznej oraz Oddziale Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej a także do sprawowania opieki chirurgicznej nad pacjentami Izby Przyjęć, w szczególności wykonywania zabiegów chirurgicznych na Izbie Przyjęć, konsultacji przypadków urazowych oraz badań USG

### 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 ust. 1 Udzielający Zamówienia płacić będzie Przyjmującemu Zamówienie wynagrodzenie stanowiące iloczyn liczby przepracowanych godzin i stawki za godzinę ..... (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  
)