

FORMULARZ OFERTOWY

1. udzielania świadczeń zdrowotnych lekarskich:

- 1) w Oddziałach Wewnętrznych
- 2) wykonywa
nia pracy lekarza kierującego Oddziałem Wewnętrznym I oraz pełnienia nadzoru nad pracą Poradni
Chorób Wewnętrznych w Przychodni Rejonowej

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 czynności określone w § 1 ust. 1 pkt 1) wykonywane w dni robocze w godzinach
ordynacji dziennej (od 7.30 do 15.00) – (słownie:) zł
brutto,

za udzielanie świadczeń zdrowotnych w charakterze lekarza w ramach dyżuru w dni
robocze od godz. 15.00 - (słownie:) zł brutto,

za udzielanie świadczeń zdrowotnych w charakterze lekarza w ramach dyżuru w
soboty i dni ustawowo wolne od pracy niewymienione w pkt 4) - (słownie:
.....) zł brutto,

za udzielanie świadczeń zdrowotnych w charakterze lekarza w ramach dyżuru w
Wigilię Bożego Narodzenia, pierwszy dzień Świąt Bożego Narodzenia, Nowy Rok,
Niedziela Wielkanocna, Boże Ciało, Dzień Wszystkich Świętych (1.11) –
(słownie:)
zł brutto.

Udzielający Zamówienia za czynności określone w § 1 ust. 1 pkt 2) płacić będzie Przyjmującemu Zamówienie wynagrodzenie w wysokości (słownie:) zł miesięcznie brutto. Należność z tego tytułu nie podlega pomniejszaniu za czas nieobecności w pracy.

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.

.....

.....