

## FORMULARZ OFERTOWY

w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na rzecz Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Hrubieszowie w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych lekarskich w Oddziałach: **Dziecięcym i Noworodkowym**

### 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

1. Za wykonywanie przedmiotu umowy Udzielający Zamówienia płacić będzie Przyjmującemu Zamówienie wynagrodzenie stanowiące iloczyn liczby przepracowanych godzin i stawki za godzinę:

- a) za czynności określone w § 1 ust. 1 wykonywane w dni robocze w godzinach ordynacji dziennej (od 9.00 do 15.00) – ..... (słownie: ..... ) zł brutto,
- b) za udzielanie świadczeń zdrowotnych w charakterze lekarza w ramach dyżuru w dni robocze od godz. 15.00 - ..... (słownie: ..... ) zł brutto,
- c) 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,
- d) 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.

## 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.

.....

.....