

FORMULARZ OFERTOWY

na udzielania świadczeń zdrowotnych lekarskich w zakresie **zabezpieczenia lekarskiego transportu pacjentów do innych jednostek służby zdrowia oraz pozostawania w gotowości do wykonywania w/w transportu**

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 wykonanie świadczeń zdrowotnych oraz pozostawanie w gotowości do wykonywania świadczeń zdrowotnych Przyjmujący Zamówienie otrzyma wynagrodzenie umowne za każdą godzinę pracy wykonanej przez lekarza w ramach transportu pacjentów pracy Udzielającego Zamówienia, z uwzględnieniem stawki godzinowej dla lekarza:

pozostającego w gotowości do wykonywania transportu pacjenta (dyżur pod telefonem): PLN brutto,

wykonywającego pracę podczas transportu pacjenta do innych jednostek służby zdrowia: PLN 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.

.....

.....