

## FORMULARZ OFERTOWY

### udzielania świadczeń zdrowotnych lekarskich z zakresu neurologii

#### 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

Udzielający Zamówienia płać będzie Przyjmującemu Zamówienie należność w wysokości:

- ..... zł (słownie: .....) brutto za wykonanie jednego punktu (jednostki rozliczeniowej umowy zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia) w związku z wykonywaniem czynności określonych w § 1 ust. 1 umowy
- ..... % stawki wynikającej z Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 marca 2010 r. w sprawie szczegółowego ustalania kosztów związanych z pobieraniem, przechowywaniem, przetwarzaniem, sterylizacją i dystrybucją komórek, tkanek i narządów w związku z wykonywaniem czynności określonych § 1 ust. 4 umowy.

## 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 niezmienność cen w okresie obowiązywania umowy.

.....

.....