

## 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 zakresie:

- 1) udzielania świadczeń zdrowotnych lekarskich w Oddziale Chirurgii Ogólnej i Urazowo-Ortopedycznej i podczas dyżuru lekarskiego w Oddziale Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej oraz do sprawowania opieki chirurgicznej nad pacjentami Izby Przyjęć, w szczególności wykonywania zabiegów chirurgicznych na Izbie Przyjęć, konsultacji przypadków urazowych oraz badań USG
- 2) wykonywania pracy lekarza kierującego Oddziałem Chirurgii Ogólnej i Urazowo-Ortopedycznej oraz pełnienia nadzoru nad pracą Poradni Chirurgicznej

### 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:

1) w czasie ordynacji dziennej (dni robocze od 7.30 do 15.00) - .....

(słownie:.....) zł brutto.

2) w pozostałym czasie (tzw. dyżur): ..... (słownie: .....) zł brutto

**III.** Ilość dołączonych oświadczeń, o których mowa w dziale IV ust. 8 lit h)  
„Materiałów informacyjnych i szczegółowych warunków konkursu ofert”

- ..... (słownie:.....)

#### **IV. 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.

.....

*(miejsowość, data)*

.....

*(podpis i pieczęć Oferenta)*