

FORMULARZ OFERTOWY

udzielania świadczeń zdrowotnych lekarskich w Izbie Przyjęć

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 udzielanie świadczeń zdrowotnych w charakterze lekarza w dni inne niż wymienione w pkt 2) – (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.

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.

.....

.....