

## FORMULARZ OFERTOWY

**udzielania świadczeń zdrowotnych lekarskich z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii.**

### 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 płacić będzie wynagrodzenie za wykonywanie przedmiotu

umowy przez Przyjmującego Zamówienie w wysokości - ..... (słownie:

.....) zł brutto za każdą godzinę.

## 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.

.....

.....