

FORMULARZ OFERTOWY

udzielania świadczeń zdrowotnych lekarskich w Oddziale Ginekologiczno-Położniczym oraz do pozostawania poza zakładem w gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych (tzw. "dyżur pod telefonem") i do udzielania świadczeń zdrowotnych w wyniku wezwania w ramach dyżuru pod telefonem w Oddziale Ginekologiczno-Położniczym.

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 w wysokości stanowiącej iloczyn liczby przepracowanych godzin i stawki za godzinę: (słownie:) zł brutto.

2. Za wykonywanie tzw. dyżurów pod telefonem, określonych w § 1 ust. 2 Udzielający Zamówienia płacić będzie Przyjmującemu Zamówienie wynagrodzenie stanowiące iloczyn liczby godzin i stawki za godzinę:

1) za pozostawanie w gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych (dyżur „pod telefonem”) - (słownie:) zł brutto,

2) za udzielanie świadczeń zdrowotnych w wyniku wezwania - wg stawki określonej w ust. 1.

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.

.....

.....