

FORMULARZ OFERTOWY

świadczenia usług medycznych lekarskich w 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. Udzielający Zamówienia płać będzie za wykonywanie czynności określonych w § 1 należność w wysokości:

- 1)% (słownie: procent) wartości wykonanych punktów (jednostek rozliczeniowych wynikających z umowy z NFZ),
- 2)% (słownie: procent) wartości wyceny Narodowego Funduszu Zdrowia świadczeń udzielonych na rzecz osób pozbawionych wolności,
- 3)% (słownie: procent) kwoty uiszczonej na rzecz Udzielającego Zamówienia przez osobę nieubezpieczoną tytułem opłaty za udzielone przez Przyjmującego Zamówienie świadczenie zdrowotne.

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.

.....

.....