

FORMULARZ OFERTOWY

do wykonywania w siedzibie Udzielającego Zamówienia badań endoskopowych dla pacjentów SP ZOZ w Hrubieszowie na zlecenie Udzielającego Zamówienia zgodnie z posiadanymi kwalifikacjami i uprawnieniami.

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 za wykonane badania w wysokości:

1. w przypadku procedury F-13 wg grupy JGP -% (słownie: procent) wartości wykonanych punktów,
2. w pozostałych przypadkach -% (słownie: procent) wartości wykonanych punktów w procedurach endoskopowych liczonych jak ambulatoryjne.

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.

.....

.....