

## FORMULARZ OFERTOWY

na udzielanie świadczeń zdrowotnych lekarskich na rzecz SPZOZ w Hrubieszowie w zakresie wykonywania w siedzibie Udzielającego Zamówienia badań endoskopowych

### 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:

..... (słownie: .....) zł brutto za kolonoskopię z polipektomią jednego lub więcej polipa,

..... (słownie: .....) zł brutto za kolonoskopię,

..... (słownie: .....) zł brutto za gastrokopię.

## 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.

.....

.....

(  
m  
i  
e  
j  
s  
c  
o  
w  
o  
ś  
ć  
,  
d