

FORMULARZ OFERTOWY

w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na rzecz Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Hrubieszowie z zakresu samodzielnego świadczenia usług medycznych zgodnie z posiadanymi kwalifikacjami i uprawnieniami pacjentom Oddziału Leczenia Uzależnień i Poradni Leczenia Uzależnień

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 czynności określonych w § 1 ust. 1 i 2 Udzielający Zamówienia płać będzie Przyjmującemu Zamówienie należność w wysokości (słownie:) zł brutto miesięcznie.

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.

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis i pieczęć Oferenta)