

FORMULARZ OFERTOWY

w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej lekarskiej na rzecz Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Hrubieszowie 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

Za wykonywanie czynności określonych w § 1 ust. 1 Udzielający Zamówienia płać będzie Przyjmującemu Zamówienie wynagrodzenie stanowiące iloczyn liczby przepracowanych godzin i stawki za godzinę: (słownie:) zł brutto.

Za wykonywanie czynności określonych w § 1 ust. 2 Udzielający Zamówienia płać będzie należność stanowiącą iloczyn liczby godzin i stawki za godzinę:

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

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 niezmiennosc cen w okresie obowiązywania umowy.

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis i pieczęć Oferenta)