

FORMULARZ OFERTOWY – PAKIET 8

pełnienie dyżurów:

- **pielęgniarek anestezyjologicznych na Bloku Operacyjnym lub w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii.**

I. DANE OFERENTA:

Nazwa Oferenta:

Adres Oferenta:

NIP REGON PESEL (dot. os. fizycznych).....

Nr tel. e-mail

Nr wpisu do właściwego Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą i oznaczenie organu dokonującego wpisu

.....

II. PROPONOWANA KWOTA WYNAGRODZENIA

Za realizację zamówienia proponuję następującą kwotę wynagrodzenia za faktycznie wykonane świadczenia zdrowotne (dyżury), z uwzględnieniem stawki godzinowej dla pielęgniarki anestezyjologicznej na Bloku Operacyjnym lub w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii - PLN brutto, **do której dolicza się kwotę zł brutto za każdą godzinę**

III. WYMAGANE DOKUMENTY

1. Aktualny wpis do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą.
2. Aktualny odpis właściwego rejestru Krajowego Rejestru Sądowego.
3. Aktualne zaświadczenie o wpisie do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej.
4. Umowa spółki cywilnej, jeżeli działalność gospodarcza jest prowadzona w formie spółki cywilnej.
5. Polisa OC z tytułu prowadzonej działalności medycznej.

Uwaga: dokumenty mogą być przedstawione w formie oryginału lub kserokopii poświadczonej „za zgodność z oryginałem” z podpisem, datą i pieczętką oferenta lub osoby przez niego upoważnionej. Upoważnienie do podpisania oferty winno być dołączone do oferty, o ile nie wynika z innych dokumentów załączonych przez oferenta.

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 niezmiennność cen w okresie obowiązywania umowy.

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis i pieczęć Oferenta)