

## FORMULARZ OFERTOWY

**udzielania świadczeń zdrowotnych lekarskich w Nocno-Świątecznej Opiece Zdrowotnej oraz w trakcie wykonywania umowy w ramach nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej do wykonywania zleconych transportów**

### 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 płać będzie Przyjmującemu Zamówienie wynagrodzenie stanowiące iloczyn liczby przepracowanych godzin i stawki za godzinę:

za udzielanie świadczeń zdrowotnych w charakterze lekarza w dni robocze od godz.

18.00 – ..... (słownie: ..... ) zł brutto,

za udzielanie świadczeń zdrowotnych w charakterze lekarza w ramach dyżuru w

soboty i dni ustawowo wolne od pracy - ..... (słownie: .....) zł brutto,

## 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.

.....

.....