

FORMULARZ OFERTOWY

w zakresie wykonywania świadczeń zdrowotnych lekarskich z zakresu neurologii

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

Udzielający Zamówienia płać będzie Przyjmującemu Zamówienie należność w wysokości:

- 1) zł (słownie.....) brutto za wykonanie jednego punktu (jednostki rozliczeniowej umowy zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia) w ramach Poradni Neurologicznej,
- 2) zł (słownie:) brutto za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicy, o których mowa w § 1 ust. 4 umowy,
- 3) zł (słownie:) brutto za konsultację neurologiczną na potrzeby Szpitala, o których mowa w § 1 ust. 5 umowy,
- 4) % stawki wynikającej z Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 marca 2010 r. w sprawie szczegółowego ustalania kosztów związanych z pobieraniem, przechowywaniem, przetwarzaniem, sterylizacją i dystrybucją komórek, tkanek i narządów w związku z wykonywaniem czynności określonych § 1 ust. 6 umowy.

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.

.....

.....