

FORMULARZ OFERTOWY

1. Imię i nazwisko Oferenta:

Pełna nazwa Oferenta:

.....

.....

2. Adres zamieszkania Oferenta:

3. Adres działalności gospodarczej /praktyki :.....

4. Numer telefonu:

5. Adres e-mail:

6. Numer PESEL Oferenta:

7. Nr dyplomu:, data wydania:

8. REGON:, NIP Oferenta:

9. Nr w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą:

10. Nr prawa wykonywania zawodu lekarza:

11. Nazwa posiadanej/odbywanej specjalizacji wraz z datą rozpoczęcia:

.....

Nr dyplomu specjalizacji:, **data uzyskania:**

12. Oferowana stawka brutto za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych:

(słownie: zł)

13. Deklarowana liczba godzin świadczenia usług w miesiącu * (*zaznaczyć X) :

Przedział godz.	Wybór	Ilość proponowana
do 48 godz.		
49 - 96 godz.		
pow. 96 godz.		

14. Oświadczenia/upoważnienia:

1. Oświadczam, że akceptuję warunki płatności określone w projekcie umowy.
2. Oświadczam, że posiadam kwalifikacje umożliwiające realizację usług.
3. Oświadczam, że uważam się za związanego niniejszą Ofertą na czas wskazany w ogłoszeniu o konkursie czyli przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.

4. Realizacja zamówienia nastąpi samodzielnie.
5. Upoważniam Zamawiającego, bądź uprawnionych przedstawicieli do przeprowadzenia wszelkich badań mających na celu sprawdzenie zaświadczeń, dokumentów i przedłożonych informacji oraz do wyjaśniania finansowych danych oferty.
6. Stwierdzam, że w cenie Oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania przedmiotu zamówienia.
7. Będąc świadom konsekwencji wynikających z poświadczenia nieprawdy oświadczam, że podane w ofercie dane są prawdziwe i mają odzwierciedlenie w stanie faktycznym.
8. Oświadczam, że zapoznałem/am się z "Projektem umowy" i zobowiązuję się, w przypadku wyboru mojej Oferty, do zawarcia umowy na wyżej wymienionych warunkach, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
9. Załącznikami do niniejszej Oferty są wszystkie dokumenty zawarte w części IV SWKO.

.....
Data i miejscowość

.....
Podpis składającego ofertę