
(pieczęć adresowa firmy Oferenta)

FORMULARZ OFERTOWY

Dane oferenta:

Nazwa Oferenta	
NIP	
REGON	
Adres siedziby	
Adres do korespondencji	
Telefon	
E-mail	

Nawiązując do ogłoszenia o konkursie na świadczenia zdrowotne, składam następującą ofertę:

PAKIET NR 1: KONSULTACJE KARDIOLOGICZNE

Nazwa	Cena brutto za poradę lekarską
Specjalistyczne świadczenia lekarskie: LEKARZ - LEKARZ zł Słownie:
Specjalistyczne świadczenia lekarskie: LEKARZ – PACJENT zł Słownie:

PAKIET 2 KONSULTACJE ENDOKRYNOLOGICZNE

Nazwa	Cena brutto za poradę lekarską
Specjalistyczne świadczenia lekarskie: LEKARZ - LEKARZ zł Słownie:
Specjalistyczne świadczenia lekarskie: LEKARZ – PACJENT zł Słownie:

PAKIET 3 KONSULTACJE CHOROÓB PŁUC

Nazwa	Cena brutto za poradę lekarską
Specjalistyczne świadczenia lekarskie: LEKARZ - LEKARZ zł Słownie:
Specjalistyczne świadczenia lekarskie: LEKARZ – PACJENT zł Słownie:

PAKIET 4 KONSULTACJE DIABETOLOGICZNE

Nazwa	Cena brutto za poradę lekarską
Specjalistyczne świadczenia lekarskie: LEKARZ - LEKARZ zł Słownie:
Specjalistyczne świadczenia lekarskie: LEKARZ – PACJENT zł Słownie:

PAKIET 5: KONSULTACJE DIETETYCZNE

Nazwa	Cena brutto za poradę
Porady dietetyczne zł Słownie:

*uzupełnić właściwy pakiet

Oświadczam, że oferuję udzielanie świadczeń objętych niniejszym konkursem w liczbie godzin miesięcznie.

2. Oświadczam, iż posiadam*:

• stopień specjalizacji w zakresie.....

• Kursy/kwalifikacje

.....

3. Niniejszym, oświadczam, że:

5.1 Zapoznałem się z treścią ogłoszenia, warunkami konkursu oraz umowy i przyjmuję je bez zastrzeżeń.

5.2 Posiadam stosowne uprawnienia do wykonywania świadczenia oraz wiedzę i doświadczenie niezbędne do wykonania przedmiotowych świadczeń zdrowotnych;

5.3 Złożoną ofertą pozostanę związany przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.

5.4 Zapoznałem się z projektem umowy i akceptuję proponowane w nim postanowienia oraz zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty jako najkorzystniejszej do stawienia się

w wyznaczonym przez Organizatora konkursu terminie i miejscu w celu podpisania umowy na tychże warunkach.

- 5.5 Jestem gotowy do realizacji świadczeń od daty obowiązywania umowy.
- 5.6 W przypadku wyboru mojej oferty, najpóźniej w dniu podpisania umowy przedstawię potwierdzenie zawarcia umowy obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej z rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. Nr 293, poz. 1729).

.....

data i podpis

*niepotrzebne skreślić