

FORMULARZ OFERTY
Zadanie nr 3

1. Dane o Oferencie:

A/ Pełna nazwa Oferenta – (imię i nazwisko lub nazwa firmy, numer wpisu do właściwego rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą)

.....

.....

.....

.....

.....

B/ Adres siedziby Oferenta (lub adres do korespondencji w przypadku gdy jest inny niż adres siedziby Oferenta)

ul. , nr

Kod pocztowy miejscowość

Tel., fax

Regon, NIP

2. Wymagane dokumenty:

- oświadczenie Oferenta,
- dokumenty kwalifikacyjne Oferenta **lub podwykonawców** (kserokopie: dyplomu, specjalizacji, prawa wykonywania zawodu, kursy),
- aktualny wydruk z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej lub KRS,
- aktualny wydruk Księgi Rejestrowej podmiotu wykonującego działalność leczniczą.

3. Nazwa zadania:

.....

.....

.....

.....

4. Tryb realizacji:

.....

.....

.....

5. Dane identyfikacyjne oraz kwalifikacje zawodowe swoje lub osób udzielających świadczeń zdrowotnych, które zatrudnia Oferent w zakresie przewidzianym warunkami konkursu:

Imię i Nazwisko	Nr prawa wykonywania zawodu	Wymagane kwalifikacje

6. Proponowany czas trwania umowy:

.....

7. Proponowana kwota należności:

Lp.	Zadanie Nr 3	Oferowana cena brutto za 1 godz. udzielanego świadczenia:
		1) za 1 godz. udzielonego świadczenia w dni robocze od 7:25 do 15:00 oraz w dni robocze od 15:00 do 7:25 oraz niedziele święta i dni dodatkowo wolne od pracy od 7:25 do 7:25 zł słownie: 2) za 1 godz. pozostawania w gotowości do udzielania świadczeń : zł słownie:

..... dnia

.....
*Podpis osób uprawnionych
do składania oświadczeń woli*