

**FORMULARZ OFERTY**  
**Zadanie nr 2**

**1. Dane o Oferencie:**

A/ Pełna nazwa Oferenta

(imię i nazwisko lub nazwa firmy, numer wpisu do właściwego rejestru)

.....

.....

.....

.....

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 kwalifikacyjne i potwierdzenie doświadczenia zawodowego o którym mowa w SWKO),
- 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 osób udzielających świadczeń zdrowotnych, które zatrudnia Oferent w zakresie przewidzianym warunkami konkursu:**

Imię i Nazwisko	Nr prawa wykonywania zawodu	Kwalifikacje

**6. Proponowany czas trwania umowy:**

.....

**7. Proponowana kwota należności:**

Lp.	Zadanie Nr 2	Oferowana cena brutto za 1 godz. udzielanego świadczenia:
		<p>1) za 1 godz. udzielonego świadczenia</p> <p>..... zł</p> <p>słownie: .....</p> <p>2) za 1 godz. pozostawania w „gotowości pod telefonem” do udzielania świadczeń</p> <p>..... zł</p> <p>słownie: .....</p>

..... dnia .....

.....

*Podpis osób uprawnionych  
do składania oświadczeń woli*