

FORMULARZ OFERTY
Zadanie Nr 5

1. Dane o Oferencie:

A/ Pełna nazwa Oferenta

imię i nazwisko lub nazwa firmy:

.....

numer wpisu do właściwego rejestru i nazwa rejestru:

.....

.....

.....

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

ul. , nr

Kod pocztowy miejscowość

Tel., fax

Regon , NIP

2. Wymagane dokumenty:

- oświadczenie Oferenta
- dokumenty kwalifikacyjne Oferenta **lub podwykonawców** (kserokopie dyplomu, specjalizacji, prawo wykonywania zawodu itp.)
- aktualny wydruk z Centralnej Ewidencji i Informacji o działalności Gospodarczej,
- aktualna Księga Rejestrowa podmiotu wykonującego działalność leczniczą.

3. Nazwa zadania:

.....

.....

.....

.....

.....

4. Tryb realizacji:

.....

.....

.....

.....

5. Minimalna liczba oraz kwalifikacje zawodowe osób które będą udzielać świadczeń zdrowotnych lub które zatrudnia Oferent do realizacji zadania, ze specjalizacją wymaganą w zakresie przewidzianym warunkami konkursu:

Nazwa specjalizacji	Nr dyplomu	Nr prawa wykonywania zawodu

6. Proponowany czas trwania umowy:

.....

7. Proponowana kwota należności .

Lp.	Zadanie Nr 5	Oferowana cena brutto za 1 godz. udzielanego świadczenia:
		<p>1) za 1 godz. udzielonego świadczenia jeżeli świadczeń zdrowotnych udziela dwóch lekarzy:</p> <p>..... zł</p> <p>słownie:</p> <p>2) za 1 godz. udzielonego świadczenia jeżeli świadczeń zdrowotnych udziela jeden lekarz:</p> <p>..... zł</p> <p>słownie:</p>

..... dnia

.....

*Podpis osób uprawnionych
do składania oświadczeń woli*