

FORMULARZ OFERTY
Zadanie nr 1

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, prawo wykonywania zawodu itp.),
- aktualny wydruk z Centralnej Ewidencji i Informacji o działalności Gospodarczej lub KRS,
- aktualny wydruk Księgi Rejestrowej podmiotu wykonującego działalność leczniczą, w zakresie danego zadania określonego w SWKO.

3. Nazwa zadania:

.....

.....

.....

.....

4. Tryb realizacji:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

5. Liczba oraz kwalifikacje zawodowe osób udzielających świadczeń zdrowotnych, które zatrudnia Oferent ze specjalizacją wymaganą w zakresie przewidzianym warunkami konkursu:

Nazwa specjalizacji	Liczba osób

6. Proponowana kwota należności:

Zadanie Nr 1	 % ceny jednostkowej brutto za 1 punkt

Proponowany harmonogram udzielania świadczeń

Dni tygodnia	Od godz.	Do godz.
Poniedziałek		
Wtorek		
Środa		
Czwartek		
Piątek		

..... dnia

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