

FORMULARZ OFERTY
Zadanie Nr 4

1. Dane o Oferencie:

A/ Pełna nazwa Oferenta

imię i nazwisko lub nazwa firmy:

.....

numer wpisu do właściwego rejestru i nazwa rejestru:

.....

.....

B/ Adres siedziby Oferenta (lub siedziby 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.

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 4	Oferowana cena brutto za 1 godz. udzielanego świadczenia:
		1) za 1 godz. udzielonego świadczenia zł słownie:

..... dnia

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