

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, kursy kwalifikacyjne, prawo wykonywania zawodu itp.)
- aktualny wydruk z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej lub KRS,
- aktualny wydruk wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą.

3. Nazwa zadania:

.....
.....
.....
.....

4. Tryb/ sposób realizacji (dni tygodnia, czas udzielania świadczeń itp.):

.....
.....
.....

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:

Specjalizacja / wymagane kwalifikacje	Nr dyplomu	Nr prawa wykonywania zawodu

6. Proponowany czas trwania umowy:

.....

7. Proponowana kwota należności:

Lp.	Zadanie Nr 1	Oferowana cena brutto za 1 godz. udzielanego świadczenia:
		1) za 1 godz. udzielonego świadczenia zł słownie:

..... dnia

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