

**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, 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. Proponowany czas trwania umowy: .....**

**7. Proponowany harmonogram udzielania świadczeń**

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

**8. Proponowana kwota należności:**

Lp	Zadanie Nr 2	..... % Ceny jednostkowej brutto za 1 punkt	Cena jednostkowa brutto za 1 konsultację

..... dnia .....

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