

FORMULARZ OFERTY
Zadanie nr 9

1. Dane o Oferencie:

A/ Pełna nazwa Oferenta

(imię i nazwisko lub nazwa firmy, numer wpisu do właściwego rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą)

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

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

ul. , nr

Kod pocztowy miejscowość

Tel., fax

Regon, NIP

2. Wymagane dokumenty:

- oświadczenie Oferenta,
- dokumenty kwalifikacyjne Oferenta lub podwykonawców (kserokopie: dyplomu, specjalizacji, prawa wykonywania zawodu, kursy kwalifikacyjne),
- 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. Dane identyfikacyjne oraz kwalifikacje zawodowe swoje lub osób udzielających świadczeń zdrowotnych, które zatrudnia Oferent w zakresie przewidzianym warunkami konkursu:

Imię i Nazwisko	Nr prawa wykonywania zawodu	Wymagane kwalifikacje

6. Proponowany czas trwania umowy:

.....

7. Proponowana kwota należności:

Lp.	Zadanie Nr 9	Oferowana cena brutto za 1 godz. udzielanego świadczenia:
		1) za 1 godz. udzielonego świadczenia przy obsadzie lekarskiej jednoosobowej:zł. słownie : 2) za 1 godz. udzielonego świadczenia przy obsadzie lekarskiej dwuosobowej:zł. słownie :

..... dnia

.....

*Podpis osób uprawnionych
do składania oświadczeń woli*