

**FORMULARZ OFERTY**  
**Zadanie nr 10**

**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 10	Oferowana cena brutto za 1 godz. udzielanego świadczenia:
		za 1 godz. udzielonego świadczenia: ..... zł słownie: .....

..... dnia .....

.....

*Podpis osób uprawnionych  
do składania oświadczeń woli*