

## FORMULARZ OFERTOWY

### I. DANE PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE

Imię i Nazwisko lub nazwa Przyjmującego zamówienie: .....

.....

Adres Przyjmującego zamówienie: .....

NIP.....REGON.....PESEL (dot. os. fizycznych) .....

Nr tel. .... Nr faxu .....

Nr wpisu do właściwego rejestru i oznaczenie organu dokonującego wpisu.....

.....

### II. PROPONOWANA KWOTA WYNAGRODZENIA

Za realizację zamówienia proponuję następującą stawkę wynagrodzenia:

Lp.	Zakres świadczeń	stawka PLN / godzina
1	Udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i pełnienie dyżurów lekarskich w Oddziale Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej w okresie próby	
2	Udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i pełnienie dyżurów lekarskich w Oddziale Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej po okresie próby	

### III. WYMAGANE DOKUMENTY

1. Aktualny odpis z KRS Przyjmującego zamówienie;
2. Polisa OC z tytułu prowadzonej działalności medycznej;
3. Wykaz zrealizowanych przez Przyjmującego zamówienie zamówień w okresie ostatnich 12 miesięcy lub okresie prowadzenia działalności, w przypadku gdy jest on krótszy niż 12 miesięcy.

*Uwaga: dokumenty mogą być przedstawione w formie oryginału lub kserokopii poświadczonej „za zgodność z oryginałem” z podpisem, datą i pieczętką Przyjmującego zamówienie lub osoby przez niego upoważnionej. Upoważnienie do podpisania oferty winno być dołączone do oferty, o ile nie wynika z innych dokumentów załączonych przez Przyjmującego zamówienie.*

\_\_\_\_\_  
miejsowość, data

\_\_\_\_\_  
podpis i pieczęć Przyjmującego zamówienie

## OŚWIADCZENIA PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE

1. Oświadczam, że zapoznałem się ze szczegółowymi warunkami konkursu ofert i nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
2. Uważam się za związanego ofertą przez okres 30 dni.
3. Nie wnoszę zastrzeżeń do załączonego projektu Umowy i zobowiązuję się do jej podpisania na warunkach określonych w Umowie, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego zamówienia.
4. Wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie zgodne są z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
5. Zobowiązuję się do wykonywania świadczeń zdrowotnych w dniach uzgodnionych z Udzielającym zamówienia oraz według ustalonego harmonogramu.
6. Zapewniam niezmiennosc cen w okresie obowiązywania Umowy.

---

*miejsowość, data*

---

*podpis i pieczęć Przyjmującego zamówienie*