

*Wojewódzki Szpital Podkarpacki im. Jana Pawła II w Krośnie
38 – 400 Krosno, ul. Korczyńska 57*

FORMULARZ OFERTOWY

Nazwa Oferenta* / imię i nazwisko Oferenta:

.....

Nr wpisu do CEIDG lub KRS (organ dokonujący wpisu)*:

.....

NIP*.....REGON*.....

Adres działalności gospodarczej* / adres zamieszkania:

.....

Adres do korespondencji (o ile nie pokrywa się z adresem działalności gospodarczej* / adresem zamieszkania):

.....

Telefon kontaktowy:

.....

* dotyczy podmiotów wykonujących działalność leczniczą

Przedmiotem niniejszej oferty jest udzielanie świadczeń lekarskich udzielania świadczeń lekarskich w zakresie leczenia stomatologicznego w ramach świadczeń gwarantowanych

Oferent proponuje następującą należność wg następującej stawki brutto:

- 1) za 1 godzinę udzielania świadczeń przez lekarza w dni powszednie – zł brutto (słownie:)
- 2) za 1 godzinę udzielania świadczeń przez lekarza w sobotę, niedzielę, święta i dni wolne od pracy – zł brutto (słownie:.....)

W załączeniu przedkładam:**

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

Niniejszym, oświadczam, że:

- 1. Zapoznałem/am/ się z Szczegółowym Regulaminem Przeprowadzania Konkursu Ofert i przyjmuję go bez zastrzeżeń.**
- 2. Zapoznałem/am/ się z treścią ogłoszenia konkursu ofert.**
- 3. Stan prawny złożonych dokumentów nie uległ zmianie na dzień złożenia oferty.**
- 4. Złożoną ofertą pozostanę związany przez 30 dni od ostatecznego terminu składania ofert.**
- 5. Zapoznałem/am/ się z warunkami przedstawionymi we wzorze umowy i przyjmuję je bez zastrzeżeń.**

*** w przypadku, gdy Udzielający zamówienia w swojej dokumentacji posiada już któryś z wyżej wymienionych załączników (aktualny), Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do przedłożenia oświadczenia o tym, że dokumenty uwzględnione w punkcie/punktach nie uległy zmianie i znajdują się w posiadaniu Udzielającego zamówienia.*

.....
/pieczętka i podpis oferenta/