

## FORMULARZ OFERTOWY

**Nazwa i adres Zamawiającego:**

Krapkowickie Centrum Zdrowia Sp. z o.o.  
os. XXX-lecia 21  
47-303 Krapkowice

**Nazwa przedmiotu zamówienia:**

Udzielanie świadczeń opieki lekarskiej w Oddziale Ginekologiczno- Położniczym  
Krapkowickiego Centrum Zdrowia Sp. z o.o.

**Tryb postępowania:**

Konkurs ofert

**Nazwa i adres Świadczeniodawcy:**

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

pieczęć Świadczeniodawcy

Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia:

za ..... **zł brutto** (słownie: ..... ) za godzinę  
pracy w oddziale.

Dni w których będą udzielane świadczenia:

.....

Oświadczam, że zapoznałem się z opisem przedmiotu zamówienia i nie wnoszę do niego  
zastrzeżeń.

Zobowiązuję się do podpisania umowy na warunkach zawartych w Istotnych Warunkach  
Umowy.

....., dnia .....  
*miejsowość i data*

.....  
*podpisy i pieczęcie osób upoważnionych  
do reprezentowania Świadczeniodawcy*