

FORMULARZ OFERTOWY

Nazwa i adres Zamawiającego:

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

Nazwa przedmiotu zamówienia:

Zakres 1:

Opieka lekarska w poradniach: chirurgicznej, ginekologiczno- położniczej.

Zakres 2:

Zabezpieczenie opieki anestezyjologicznej przy zabiegach okulistycznych.

Tryb postępowania:

Konkurs ofert

Nazwa i adres Świadczeniodawcy:

.....

.....

.....

(pieczęć Świadczeniodawcy)

Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia za**:

Zakres 1:

Przedmiot zamówienia	Cena brutto za 1 pkt	Ryczałt miesięczny
Opieka lekarska w Poradni Chirurgicznej		XXXXX
Opieka lekarska w Poradni Ginekologiczno- Położniczej		XXXXX

Zakres 2:

Przedmiot zamówienia	Cena brutto za 1 zabieg
Opieka anestezyjologiczna	

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

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