

FORMULARZ OFERTOWY

Nazwa i adres Zamawiającego:

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

Nazwa przedmiotu zamówienia:

Uzupełnienie opieki lekarskiej w nocnej i świątecznej podstawowej opiece zdrowotnej

Tryb postępowania:

Konkurs ofert

Nazwa i adres Świadczeniodawcy:

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

(pieczęć Świadczeniodawcy)

Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia za:

Przedmiot zamówienia	Cena brutto za 1 dyżur
Opieka lekarska w nocnej i świątecznej podstawowej opiece zdrowotnej w dni powszednia w godz. 18.00 – 8.00	
Opieka lekarska w nocnej i świątecznej podstawowej opiece zdrowotnej w dni świąteczne w godz. 8.00 – 8.00	

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)*