

FORMULARZ OFERTOWY

Nazwa i adres Zamawiającego:

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

Nazwa przedmiotu zamówienia:

świadczenie usług w zakresie udzielania całodobowych świadczeń zdrowotnych przez lekarzy systemu w Zespołach Ratownictwa Medycznego o standardzie „S”.

Tryb postępowania:

Konkurs ofert

Nazwa i adres Świadczeniodawcy:

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

(pieczęć Świadczeniodawcy)

Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia za:

| Lp. | Zakres świadczeń | Cena za jedną godzinę świadczenia usługi |
|-----|---|--|
| 1 | 2 | 3 |
| 1 | Świadczenia udzielane przez lekarza systemu | Cena za 1 h zł |

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*