

.....  
(pieczęć Oferenta)

### FORMULARZ OFERTOWY

na udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych w zakresie pełnienia dyżurów medycznych w Oddziale Neonatologicznym z Pododdziałem Patologii Noworodka Krapkowickiego Centrum Zdrowia Sp. z o.o.

#### I. UDZIELAJĄCY ZAMÓWIENIA

Krapkowickie Centrum Zdrowia Sp. z o.o.  
os. XXX-lecia 21, 47-303 Krapkowice  
NIP: 1990080635

#### II. DANE PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE

Nazwa .....

Siedziba: .....

REGON .....

NIP: .....

Telefon: .....

e-mail: .....

#### III. OFERTA CENOWA

Oświadczam, że oferuję następujące stawki za wykonanie przedmiotu zamówienia:

Rodzaj świadczenia	Cena brutto za jedną godzinę dyżuru
Udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie zapewnienia opieki lekarskiej na Oddziale Neonatologicznym z Pododdziałem Patologii Noworodka – godzina pracy wg harmonogramu <b>w dni powszednie</b>	
Udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie zapewnienia opieki lekarskiej na Oddziale Neonatologicznym z Pododdziałem Patologii Noworodka – godzina pracy wg harmonogramu <b>w dni ustawowo wolne od pracy</b>	

#### IV. OŚWIADCZENIE I ZOBOWIĄZANIE PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE

- Oświadczam, że zapoznałem się z opisem przedmiotu zamówienia i nie wnoszę do niego zastrzeżeń.
- Zobowiązuję się do podpisania umowy na warunkach zawartych w Projekcie umowy– załącznik nr 2.

.....  
(miejsowość i data)

.....  
(podpisy i pieczęcie osób upoważnionych do reprezentowania Oferenta)