***Załącznik nr 1 do SWKO nr 1/VIII/2025***

……………………………………..

*(pieczęć Oferenta)*

**FORMULARZ OFERTOWY**

**udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych w Poradni Urologicznej oraz w zakresie wykonywania zabiegów urologicznych na rzecz pacjentów Krapkowickiego Centrum Zdrowia Sp. z o.o.**

### UDZIELAJĄCY ZAMÓWIENIA

Krapkowickie Centrum Zdrowia Sp. z o.o.

os. XXX-lecia 21, 47-303 Krapkowice

NIP: 1990080635

#### DANE PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE

Nazwa .........................................................................................................................................

Siedziba: ......................................................................................................................................

REGON ……………………………………….…………………………………………………………………………………………..

NIP: ………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Telefon: …………………………………………………..……………………………………………………………………………..

e-mail: …………………………………………………………………………………………………………………………………….

1. **OFERTA CENOWA**

Oświadczam, iż oferuję poniższą stawkę za wykonanie przedmiotu zamówienia w zakresie opieki:

1. **Zakres 1** - Udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych w Poradni Urologicznej na rzecz pacjentów Krapkowickiego Centrum Zdrowia Sp. z o.o.

………………………… % wartości wykonanego w danym miesiącu kontraktu.

1. **Zakres 2 -** Udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania zabiegów urologicznych   
   w Krapkowickim Centrum Zdrowia Sp. z o.o.
2. ………………………… % wartości wykonanego w danym miesiącu kontraktu.
3. **OŚWIADCZENIE I ZOBOWIĄZANIE PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE**
4. Oświadczam, że zapoznałem się z opisem przedmiotu zamówienia i nie wnoszę do niego zastrzeżeń.
5. Zobowiązuję się do podpisania umowy na warunkach zawartym Projekcie umowy – załącznik nr 2\*, załącznik 2a\*

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

*(miejscowość i data) (podpisy i pieczęcie osób upoważnionych*

*do reprezentowania Oferenta)*

*\*niepotrzebne skreślić*