

.....
(pieczęć Oferenta)

FORMULARZ OFERTOWY
na udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych w zakresie pełnienia dyżurów anestezjologicznych oraz na
udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki pielęgniarstwa
w Krapkowickim 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, iż oferuję poniższe stawki za wykonanie przedmiotu zamówienia:

1. **Zakres 1:** Udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych w zakresie pełnienia dyżurów anestezjologicznych w Krapkowickim Centrum Zdrowia Sp. z o.o.

Wyszczególnienie	Oferowana stawka brutto
za 1 godz. dyżuru w dni robocze w godz. 7.00 – 15.00 (dyżur 8 godz.)	
za 1 godz. dyżuru w dni robocze w godz. 15.00 – 7.00 (dyżur 16 godz.)	
za 1 godz. dyżuru w dni ustawowo wolne od pracy w godz. 7.00 – 7.00 dnia następnego (dyżur 24 godz.)	

2. **Zakres 2:** Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki pielęgniarstwa w Krapkowickim Centrum Zdrowia Sp. z o.o.

Wyszczególnienie	Oferowana stawka brutto
za 1 godz. świadczenia usług w dni robocze	
za 1 godz. świadczenia usług w dni ustawowo wolne od pracy	

IV. OŚWIADCZENIE I ZOBOWIĄZANIE PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE

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

.....
(miejscowość i data)

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

*niepotrzebne skreślić.