

.....
(pieczęć Oferenta)

FORMULARZ OFERTOWY

na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie podstawowej ordynacji lekarskiej w Oddziale Ginekologiczno –
Położniczym oraz w Oddziale Wewnętrznym 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 poniższą stawkę za wykonanie przedmiotu zamówienia w zakresie opieki:

1. **Zakres 1:** Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie podstawowej ordynacji lekarskiej
w Oddziale Ginekologiczno – Położniczym w Krapkowickim Centrum Zdrowia Sp. z o.o.
za zł/h brutto (słownie:)
2. **Zakres 2:** Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie podstawowej ordynacji lekarskiej
w Oddziale Wewnętrznym w Krapkowickim Centrum Zdrowia Sp. z o.o.
za zł/h brutto (słownie:)

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 zawartym Projekcie umowy – załącznik nr 2,2a.

.....
(miejscowość i data)

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

*niepotrzebne skreślić