***Załącznik nr 1 do SWKO nr 5/XI/2024***

……………………………………..

*(pieczęć Oferenta)*

**FORMULARZ OFERTOWY**

**na** **udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie podstawowej ordynacji lekarskiej w Oddziale Chirurgii Ogólnej** **w** **Krapkowickim 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. Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie podstawowej ordynacji lekarskiej   
   w Oddziale Chirurgii Ogólnej w Krapkowickim Centrum Zdrowia Sp. z o.o.

za …………… **zł/h brutto** (słownie: ……………………………………………………………..)/ miesięczny ryczał   
w wysokości ………………………… zł brutto (słownie: ……………………………………………………………..)\*

1. **OŚWIADCZENIE I ZOBOWIĄZANIE PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE**
2. Oświadczam, że zapoznałem się z opisem przedmiotu zamówienia i nie wnoszę do niego zastrzeżeń.
3. Zobowiązuję się do podpisania umowy na warunkach zawartym Projekcie umowy – załącznik nr 2.

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

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

*do reprezentowania Oferenta)*

*\*niepotrzebne skreślić*