

.....
(pieczęć Oferenta)

FORMULARZ OFERTOWY
na udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych na rzecz pacjentów Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego
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, iż oferuję poniższą stawkę za wykonanie przedmiotu zamówienia w zakresie :

1. **Zakres 1** - Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza w Zakładzie Opiekuńczo – Leczniczym Krapkowickiego Centrum Zdrowia Sp. z o.o.
za wynagrodzenie ryczałtowe miesięczne brutto zł
(słownie:)
2. **Zakres 2** - Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza posiadającego specjalizację w zakresie neurologii w Zakładzie Opiekuńczo – Leczniczym Krapkowickiego Centrum Zdrowia Sp. z o.o.
za wynagrodzenie ryczałtowe miesięczne brutto zł
(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 zawartych w Projekcie umowy – załącznik nr 2, załącznik nr 2a*.

.....
(miejscowość i data)

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

*niepotrzebne skreślić