

.....  
(pieczęć Oferenta)

**FORMULARZ OFERTOWY**  
**na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie dyżurów anestezyjologicznych 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:

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

**IV. OŚWIADCZENIE I ZOBOWIĄZANIE PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE**

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

.....  
(miejscowość i data)

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