

FORMULARZ OFERTOWY

Nazwa i adres Zamawiającego:

Krapkowickie Centrum Zdrowia Sp. z o.o.
os. XXX-lecia 21, 47-303 Krapkowice

Nazwa przedmiotu zamówienia:

świadczenie usług w zakresie udzielania całodobowych świadczeń zdrowotnych przez lekarzy systemu w Zespołach Ratownictwa Medycznego o standardzie „S”.

Tryb postępowania:

Konkurs ofert

Nazwa i adres Świadczeniodawcy:

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

(pieczęć Świadczeniodawcy)

Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia za:

Lp.	Zakres świadczeń	Cena za jedną godzinę świadczenia usługi
1	2	3
1	Świadczenia udzielane przez lekarza systemu	Cena za 1 h zł

Oświadczam, że zapoznałem się z opisem przedmiotu zamówienia i nie wnoszę do niego zastrzeżeń.
Zobowiązuję się do podpisania umowy na warunkach zawartych w Istotnych Warunkach Umowy.

....., dnia

.....
podpisy i pieczęcie osób upoważnionych
do reprezentowania Świadczeniodawcy