

FORMULARZ OFERTOWY

Nazwa i adres Zamawiającego:

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

Nazwa przedmiotu zamówienia:

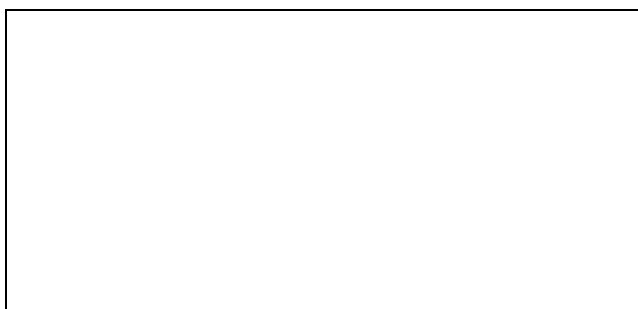
Udzielanie świadczeń opieki lekarskiej w Oddziale Wewnętrznym Krapkowickiego Centrum Zdrowia Sp. z o.o.

Tryb postępowania:

Konkurs ofert

Nazwa i adres Świadczeniodawcy:

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



pieczęć Świadczeniodawcy

Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia:

za **zł brutto** (słownie:) za godzinę
pracy w oddziale / ryczałt miesięczny *

Dni w których będą udzielane świadczenia:

.....

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
miejscowość i data

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