



Załącznik nr 1

FORMULARZ OFERTOWY

dotyczący postępowania konkursowego na świadczenia zdrowotne – pełnienie dyżurów lekarskich na rzecz Ośrodka Rehabilitacji Narządu Ruchu „KRZESZOWICE” SPZOZ w Krzeszowicach,

Dane oferenta

- a. Pełna nazwa :.....
- b. Adres :.....
- c. nr telefonu :.....
- d. działalność gospodarcza zarejestrowana w:.....
.....

Odpowiadając na zaproszenie do wzięcia udziału w przedmiotowym konkursie ofert składam ofertę:

1. Zobowiązuję się do realizacji powyższych świadczeń zgodnie z warunkami konkursu po cenie zł. /h pełnienia dyżuru przez lekarza.
2. Oświadczam że zapoznałem/am się z regulaminem konkursu, wzorem umowy i akceptuję je nie zgłaszając żadnych zastrzeżeń
3. Oświadczam, że złożona oferta odpowiada warunkom zamówienia i jest ważna przez okres związania ofertą wynoszący 30 dni roboczych.
4. Oświadczam że oferowane świadczenia zdrowotne będą wykonywane rzetelnie, celowo, na poziomie zgodnym z obowiązującymi standardami zgodnie z wymaganiami Narodowego Funduszu Zdrowia i zachowaniem obowiązujących przepisów prawnych medycznych, sanitarnych, epidemiologicznych, BHP, p. pożarowych itp.
5. W przypadku otrzymania zamówienia zobowiązuję się do zawarcia pisemnej umowy w terminie i miejscu wskazanym przez zamawiającego, nie później jednak niż do końca okresu związania ofertą.
6. Oferta zawiera ponumerowanych i podpisanych stron.





7. W skład oferty wchodzi następujące dokumenty:

.....

.....dn.....r.

.....

Podpis i pieczęć oferent

