

FORMULARZ OFERTY
Zadanie nr 2

1. Dane o Oferencie:

A/ Pełna nazwa Oferenta

(imię i nazwisko lub nazwa firmy, numer wpisu do właściwego rejestru)

.....

.....

.....

.....

.....

B/ Adres siedziby Oferenta (lub adres do korespondencji w przypadku gdy jest inny niż adres siedziby Oferenta)

ul. , nr

Kod pocztowy miejscowość

Tel., fax

Regon, NIP

2. Wymagane dokumenty:

- oświadczenie Oferenta,
- dokumenty kwalifikacyjne Oferenta **lub podwykonawców** (kserokopie: dyplomu, specjalizacji, prawa wykonywania zawodu, kursy kwalifikacyjne i potwierdzenie doświadczenia zawodowego o którym mowa w SWKO),
- aktualny wydruk z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej lub KRS,
- aktualny wydruk Księgi Rejestrowej podmiotu wykonującego działalność leczniczą.

3. Nazwa zadania:

.....

.....

.....

.....

4. Tryb realizacji:

.....

.....

.....

5. Dane identyfikacyjne oraz kwalifikacje zawodowe osób udzielających świadczeń zdrowotnych, które zatrudnia Oferent w zakresie przewidzianym warunkami konkursu:

Imię i Nazwisko	Nr prawa wykonywania zawodu	Wymagane kwalifikacje

6. Proponowany czas trwania umowy:

.....

7. Proponowana kwota należności:

Lp.	Zadanie Nr 2	Oferowana cena brutto za 1 godz. udzielanego świadczenia:
		1) za 1 godz. udzielonego świadczenia zł słownie: 2) za 1 godz. pozostawania w gotowości do udzielania świadczeń (pod telefonem) zł słownie:

..... dnia

.....

*Podpis osób uprawnionych
do składania oświadczeń woli*