

FORMULARZ OFERTY
Zadanie Nr 8

1. Dane o Oferencie:

A/ Pełna nazwa Oferenta

(imię i nazwisko lub nazwa firmy, numer wpisu do właściwego rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą)

.....

.....

.....

.....

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

ul. , nr

Kod pocztowy miejscowość

Tel., fax

Regon , NIP

2. Wymagane dokumenty:

- oświadczenie Oferenta
- dokumenty kwalifikacyjne Oferenta **lub podwykonawców** (kserokopie dyplomu, specjalizacji, prawo wykonywania zawodu itp.)
- aktualny wydruk z Centralnej Ewidencji i Informacji o działalności Gospodarczej,
- aktualny wydruk Księgi Rejestrowej podmiotu wykonującego działalność leczniczą, w zakresie danego zadania określonego w SWKO.

3. Nazwa zadania:

.....

.....

.....

.....

4. Tryb/ sposób realizacji (dni tygodnia, czas udzielania świadczeń itp.):

.....

.....

.....

.....

5. Minimalna liczba oraz kwalifikacje zawodowe osób które będą udzielać świadczeń zdrowotnych lub które zatrudnia Oferent do realizacji zadania, ze specjalizacją wymaganą w zakresie przewidzianym warunkami konkursu:

Nazwa specjalizacji	Nr dyplomu	Nr prawa wykonywania zawodu

6. Proponowany czas trwania umowy:

.....

7. Proponowana kwota należności:

Lp.	Zadanie Nr 8	Oferowana cena brutto za 1 godz. udzielanego świadczenia:
		 zł za 1 godz. udzielonego świadczenia słownie: zł za 1 godz. pozostawania w gotowości pod telefonem słownie:

..... dnia

.....

*Podpis osób uprawnionych
do składania oświadczeń woli*