

FORMULARZ OFERTY
Zadanie nr 4

1. Dane o Oferencie:

A/ Pełna nazwa Oferenta

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

.....

.....

.....

.....

B/ Adres siedziby Oferenta (lub 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 (kserokopie dyplomu, specjalizacji, prawo wykonywania zawodu itp.)
- 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. 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:

Imię i nazwisko	Nazwa specjalizacji	Nr dyplomu	Nr prawa wykonywania zawodu

6. Proponowany czas trwania umowy:

.....

7. Proponowana kwota należności

Lp.	Zadanie Nr 4	% ceny jednostkowej brutto za 1 punkt
		% ceny punktu zakontraktowanego z NFZ słownie:

Proponowany harmonogram udzielania świadczeń

Dni tygodnia	Od godz.	Do godz.
Poniedziałek		
Wtorek		
Środa		
Czwartek		
Piątek		

..... dnia

.....
Podpis osób uprawnionych
do składania oświadczeń woli