

.....
(pieczęć Oferenta)

FORMULARZ OFERTOWY
na udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych w Poradni Reumatologicznej oraz w Poradni Anestezjologicznej w
Krapkowickim Centrum Zdrowia Sp. z o.o.

I. UDZIELAJĄCY ZAMÓWIENIA

Krapkowickie Centrum Zdrowia Sp. z o.o.
os. XXX-lecia 21, 47-303 Krapkowice
NIP: 1990080635

II. DANE PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE

Nazwa

Siedziba:

REGON

NIP:

Telefon:

e-mail:

III. OFERTA CENOWA

Oświadczam, iż oferuję poniższą stawkę za wykonanie przedmiotu zamówienia:

1. **Zakres 1*** - Udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych w Poradni Reumatologicznej w Krapkowickim Centrum Zdrowia Sp. z o.o.

a) zł brutto (słownie:) za 1 punkt.

- b) Deklaruję gotowość świadczenia usług zgodnie z poniższym harmonogramem, który nie koliduje z harmonogramem u innego świadczeniodawcy:

PONIEDZIAŁEK: oddo

WTOREK: oddo

ŚRODA: oddo

CZWARTEK: oddo

PIĄTEK: oddo

2. **Zakres 2*** - Udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych w Poradni Anestezjologicznej w Krapkowickim Centrum Zdrowia Sp. z o.o.

..... zł brutto (słownie:) za 1 osobę.

IV. OŚWIADCZENIE I ZOBOWIĄZANIE PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE

1. Oświadczam, że zapoznałem się z opisem przedmiotu zamówienia i nie wnoszę do niego zastrzeżeń.
2. Zobowiązuję się do podpisania umowy na warunkach zawartym Projekcie umowy – załącznik nr 2.

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpisy i pieczęcie osób upoważnionych
do reprezentowania Oferenta)

**niepotrzebne skreślić*