

.....
(Pieczęć Wykonawcy)

FORMULARZ OFERTY

Nazwa (firma) Oferenta:

.....
.....

Adres Oferenta:

ul.

kod miejscowość

powiat województwo

Regon NIP

e-mail@ Internet:

Telefon: Fax:

Numer prawa wykonywania zawodu

Numer rejestrowy zgodny z wpisem w rejestrze, o którym mowa w ustawie

Składając ofertę na **świadczenia zdrowotne polegające na udzielaniu konsultacji w zakresie kardiologii i chorób wewnętrznych** * zobowiązuję się do wykonania przedmiotu zamówienia zgodnie z poniższymi warunkami:

1. Proponowane zryczałtowane miesięczne wynagrodzenie zł brutto

(słownie: zł)

- nie więcej jednak niż 2.500 zł brutto za miesiąc

l.p.	Kryterium	SPEŁNIAM*
1.	Kwalifikacje – tytuł specjalisty kardiologii i chorób wewnętrznych	TAK/NIE

*właściwie zaznaczyć

2. Personel, który będzie udzielał świadczeń, podając imię, nazwisko, nr prawa wykonywania zawodu, specjalizację – jeżeli dotyczy:

L.p.	Imię i nazwisko	Nr wykonywania zawodu	Specjalizacja
1.			

2.			
----	--	--	--

3. **Okres trwania umowy:** 24 miesiące licząc od dnia 08.04.2015 r.
4. Oświadczam, że wzór umowy, stanowiący załącznik do warunków konkursu został przeze mnie zaakceptowany. Zobowiązuję się, w przypadku wyboru mojej oferty, do zawarcia umowy na określonych w projekcie umowy warunkach, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
5. Oświadczam, że jestem związany złożoną ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.

Ilość stron oferty

.....
*Data i podpis osoby(osób) upoważnionej do
reprezentowania Oferenta*