

**FORMULARZ OFERTY**

Nazwa (firma) Oferenta:

.....  
.....

Adres Oferenta:

ul. ....

kod ..... miejscowość .....

powiat .....

województwo .....

Regon .....

NIP .....

e-mail .....@ .....

Telefon: .....

Fax: .....

Numer prawa wykonywania zawodu .....

Numer rejestrowy zgodny z wpisem w rejestrze, o którym mowa w ustawie (księga rejestrowa)

.....

Składając ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez **lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, pełniącego funkcję Kierownika Domu Diennej Opieki Medycznej** w ramach projektu pn. „Dom Diennej Opieki Medycznej” realizowanego przez Krakowskie Centrum Rehabilitacji i Ortopedii, al. Modrzewiowa 22, 30- 224 Kraków, nr Projektu RPMP.09.02.01-12-0002/18

zobowiązuję się do wykonania przedmiotu zamówienia zgodnie z poniższymi warunkami:

**1. Proponowana stawka** za godzinę udzielania świadczeń/ konsultacji oraz pełnienia funkcji

Kierownika DDOM w wysokości ..... zł brutto

(słownie: ..... zł)

**2. Posiadane kwalifikacje**

l.p.	Kryterium	SPEŁNIAM (zaznaczyć właściwe)*
1.	Kwalifikacje – status lekarza ubezpieczenia zdrowotnego	TAK/NIE

Na potwierdzenie posiadanych kwalifikacji załączam:

.....

**3. Posiadam doświadczenie w pracy zawodowej** w ilości.....lat pracy.**4. Zobowiązuję się udzielać Świadczeń zdrowotnych** przez cały okres obowiązywania umowy.

TAK/NIE\* (zaznaczyć właściwe)

5. Oświadczam, że wzór umowy, stanowiący załącznik do warunków postępowania 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.
6. Oświadczam, że jestem związany złożoną ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.

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