

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.Na potwierdzenie posiadanego doświadczenia zawodowego przedkładam:

.....

4. Zobowiązuje 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*