

.....
(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 (księga rejestrowa)

.....

Składając ofertę na **świadczenia zdrowotne polegające na pełnieniu dyżurów medycznych w zakresie Anestezjologii i Intensywnej Terapii / Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu *** zobowiązuję się do wykonania przedmiotu zamówienia zgodnie z poniższymi warunkami:

1. Proponowane stawka za jedną godzinę pełnienia dyżuru w wysokości zł brutto

(słownie: zł)

l.p.	Kryterium	SPEŁNIAM*
1.	Kwalifikacje – tytuł specjalisty z zakresu Anestezjologii i Intensywnej Terapii	TAK/NIE
3.	Kwalifikacje – tytuł specjalisty z zakresu Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu	TAK/NIE

Posiadam doświadczenie w pracy zawodowej w ilości.....lat pracy.

*właściwe 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. **Zobowiązuje się pełnić dyżury medyczne w wymiarze:
min.: min. 4 dyżury miesięcznie.**

4. **Okres trwania umowy: 24 miesiące**

5. 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.

6. 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*