

Załącznik Nr 1

**FORMULARZ OFERTOWY**

w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych przez lekarzy  
w Oddziale Internistycznym odcinek „A” oraz Oddziale Internistycznym odcinek „B”

**1. Dane oferenta**

<i>Imię i Nazwisko lub Nazwa Firmy</i>			
<i>Adres siedziby firmy</i>			
<i>NIP</i>			
<i>Nr prawa wykonywania zawodu</i>		<i>Telefon kontaktowy</i>	
<i>Posiadana/e specjalizacja/e</i>			

**2. Stawka za godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w Oddziale Internistycznym**

<i>*</i>	<i>Odcinek „A”</i>	<i>Odcinek „B”</i>
<i>Stawka za godzinę:</i>	- .....PLN	- .....PLN

*\*propozycja cenowa może dotyczyć obu oddziałów lub jednego wybranego*

**3. Dokumenty wymagane w dziale VIII szczegółowych warunków konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych:**

- 1).....
- 2).....
- 3).....
- 4).....
- 5).....
- 6).....
- 7).....
- 8).....
- 9).....

- a) oświadczam, że zapoznałem/łam się z treścią ogłoszenia o konkursie, szczegółowymi warunkami konkursu ofert oraz projektem umowy i nie zgłaszam zastrzeżeń
- b) jestem gotowy/a do realizacji świadczeń podanych w ofercie w okresie wskazanym w warunkach konkursu ofert
- c) jestem związany/a niniejszą ofertą przez okres 60 dni od daty upływu terminu składania ofert.

.....  
(Miejscowość, data sporządzenia oferty)

.....  
(Podpis: imię i nazwisko oferenta)