

## OFERTA NA KONKURS NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

### 1. DANE OFERENTA

FIRMA, IMIĘ I NAZWISKO .....

TELEFON .....

ADRES: .....

NIP: .....

KOD POCZT. .... MIEJSCOWOŚĆ .....

### 2. ZAKRES ŚWIADCZEŃ

ZGŁASZAM OFERTĘ NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ZAKRESIE:

.....

.....

W RAMACH UMOWY NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH ZAWARTEJ WG ODPOWIEDNIEGO WZORU STANOWIĄCEGO ZAŁĄCZNIK DO SZCZEGÓŁOWYCH WARUNKÓW KONKURSU OFERT NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W SPZOZ W WIELUNIU.

### 3. KWALIFIKACJE ZAWODOWE OFERENTA/OSÓB MAJĄCYCH UDZIELAĆ ŚWIADCZEŃ

.....

.....

.....

.....

### 4. OFERTA CENOWA

ZA REALIZACJĘ ZAMÓWIENIA PROPONUJE CENĘ:

a) **WYSOKOŚĆ STAWKI W KWOCIE BRUTTO ZA GODZINĘ WYKONYWANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH:** .....

b) **OFEROWANA MINIMALNA LICZBA GODZIN:** .....

c) **WYSOKOŚĆ STAWKI W KWOCIE BRUTTO ZA WYKONANIE KONSULTACJI** .....

ZŁ

### 5. CZAS TRWANIA UMOWY:

ZOBOWIĄZUJĘ SIĘ DO UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W OKRESIE WSKAZANYM W SZCZEGÓŁOWYCH WARUNKACH KONKURSU OFERT.

Oświadczam, że zapoznałem/-am się z treścią ogłoszenia i szczegółowymi warunkami ofert.

Załączniki:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

WIELUŃ DNIA: .....

PODPIS OFERENTA: .....

\*Niepotrzebne skreślić