……..
(pieczęć Oferenta)

FORMULARZ OFERTOWY
na udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych w zakresie pełnienia dyżurów anestezjologicznych w Krapkowickim Centrum Zdrowia Sp. z o.o.

I. UDZIELAJĄCY ZAMÓWIENIA

Krapkowickie Centrum Zdrowia Sp. z o.o.
os. XXX-lecia 21, 47-303 Krapkowice
NIP: 1990080635

II. DANE PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE

Nazwa .....

Siedziba: .....

REGON ……..

NIP: ……..

Telefon: ……..

e-mail: ……..

III. OFERTA CENOWA

Oświadczam, iż oferuję poniższe stawki za wykonanie przedmiotu zamówienia:
Udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych w zakresie pełnienia dyżurów anestezjologicznych w Krapkowickim Centrum Zdrowia Sp. z o.o.

Wyszczególnienie	**Oferowana stawka brutto**
za 1 godz. dyżuru w dni robocze w godz. 7.00 – 15.00 (dyżur 8 godz.)	
za 1 godz. dyżuru w dni robocze w godz. 15.00 – 7.00 (dyżur 16 godz.)	
za 1 godz. dyżuru w dni ustawowo wolne od pracy w godz. 7.00 – 7.00 dnia następnego (dyżur 24 godz.)	

IV. OŚWIADCZENIE I ZOBOWIĄZANIE PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE

1. Oświadczam, że zapoznałem się z opisem przedmiotu zamówienia i nie wnoszę do niego zastrzeżeń.
2. Zobowiązuję się do podpisania umowy na warunkach zawartych w Projekcie umowy– załącznik nr 2.

....
(miejscowość i data) *(podpisy i pieczęcie osób upoważnionych do reprezentowania Oferenta)*