

## FORMULARZ OFERTOWY

### I. DANE PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE

Imię i Nazwisko lub nazwa Przyjmującego zamówienie: .....

Adres Przyjmującego zamówienie: .....

NIP.....REGON.....PESEL (dot. os. fizycznych) .....

Nr tel. .... Nr faxu .....

Nr wpisu do właściwego rejestru i oznaczenie organu dokonującego wpisu.....

.....

### II. PROPONOWANA KWOTA WYNAGRODZENIA

Za dyżur lekarski w dniu uzgodnionym z Lekarzem Kierującym Oddziałem, proponuję następującą stawkę wynagrodzenia:

Lp.	Zakres świadczeń	stawka PLN / godzina
1.	Pełnienie dyżurów lekarskich w Oddziale Chorób Wewnętrznych oraz udzielanie świadczeń zdrowotnych w Izbie Przyjęć	

### III. KWALIFIKACJE ZAWODOWE I SPECJALIZACJE PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE

1. ....

2. ....

3. ....

### IV. WYMAGANE DOKUMENTY

1. Dyplom, dokument potwierdzający uzyskanie specjalizacji, prawo wykonywania zawodu, inne dokumenty potwierdzające nabycie fachowych umiejętności, kwalifikacji lub uprawnień.
2. Polisa OC z tytułu prowadzonej działalności medycznej.
3. Zaświadczenie z Krajowego Rejestru Karnego o niekaralności w zakresie przestępstw określonych w rozdziale XIX i XXV Kodeksu Karnego, w art. 189a i art.207 Kodeksu Karnego oraz ustawie z dnia 29 lipca 200 5r. o przeciwdziałaniu narkomanii, lub za odpowiadające tym przestępstwom czyny zabronione określone w przepisach prawa obcego

*Uwaga: dokumenty mogą być przedstawione w formie oryginału lub kserokopii poświadczonej „za zgodność z oryginałem” z podpisem, datą i pieczętką Przyjmującego zamówienie lub osoby przez niego upoważnionej. Upoważnienie do podpisania oferty winno być dołączone do oferty, o ile nie wynika z innych dokumentów załączonych przez Przyjmującego zamówienie.*

\_\_\_\_\_  
miejsowość, data

\_\_\_\_\_  
podpis i pieczęć Przyjmującego zamówienie

## OŚWIADCZENIA PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE

1. Oświadczam, że zapoznałem się ze szczegółowymi warunkami konkursu ofert i nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
2. Uważam się za związanego ofertą przez okres 30 dni.
3. Nie wnoszę zastrzeżeń do załączonego projektu Umowy i zobowiązuję się do jej podpisania na warunkach określonych w Umowie, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego zamówienia.
4. Wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie zgodne są z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
5. Zobowiązuję się do wykonywania świadczeń zdrowotnych w dniach uzgodnionych z Udzielającym zamówienia oraz według ustalonego harmonogramu.
6. Zapewniam niezmiennosc cen w okresie obowiązywania Umowy.

---

*miejsowość, data*

---

*podpis i pieczęć Przyjmującego zamówienie*