

FORMULARZ OFERTOWY
na świadczenie usług zdrowotnych dla osób pozbawionych wolności
w Zakładzie Karnym w Kamińsku

1. Nazwa i adres zakładu opieki zdrowotnej oraz numer rejestru zakładów opieki zdrowotnej (jeżeli dot.):

.....
.....

2. Imię i nazwisko, adres oraz numer do właściwego rejestru i oznaczenie organu dokonującego wpisu:

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

3. Świadczenia zdrowotne udzielane będą przy wykorzystaniu bazy lokalowej, aparatury i sprzętu medycznego oraz środków transportu i łączności udzielającego zamówienia.

4. Wskazanie liczby i kwalifikacji zawodowych osoby udzielającej określone świadczenia zdrowotne:

.....
.....

5. Przystępując do konkursu na świadczenie usług zdrowotnych, oferuję/my realizację przedmiotu konkursu na zasadach określonych w Szczegółowych Warunkach Konkursu na następujących warunkach cenowych:

CZĘŚĆ I

Lp.	Rodzaj świadczenia	Wynagrodzenie za 1 godzinę usługi brutto
1	Psychiatra (1 stanowisko) zł gr. (słownie.....)

Cena oferty zawiera wszystkie koszty związane z realizacją zamówienia.

W części zamówienia, w której Wykonawca nie bierze udziału, należy przekreślić część tabeli oraz wpisać – NIE DOTYCZY.

6. Umowa zawarta w wyniku przedmiotowego postępowania obowiązywać będzie od dnia podpisania umowy do 31.12.2022 r.

W załączeniu przedkładam:

- 1)
- 2)
- 3)
- 4)
- 5)
- 6)
- 7)

Jednocześnie oświadczam, że stan prawny określony w ww. dokumentach nie uległ zmianie na dzień złożenia niniejszej oferty.

7. Jeżeli oferta zostanie uznana za najkorzystniejszą, zobowiązuję/-emy się do podpisania umowy na zasadach określonych w Szczegółowych Warunkach Konkursu ofert w miejscu i terminie określonym przez udzielającego zamówienia.

.....
miejsowość data

.....
podpis osoby / osób upoważnionych
do sporządzenia oferty