

FORMULARZ OFERTY

Na wykonywanie świadczeń zdrowotnych w zakresie:

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

1. Dane o Oferencie :

a) **dotyczy przedsiębiorców prowadzących działalność leczniczą i publicznych zakładów opieki zdrowotnej**

Nazwa zakładu.....

Siedziba zakładu.....

Numer wpisu do rejestru zakładów opieki zdrowotnej

.....

Numer wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego.....

Osoba(y) upoważniona(e) do reprezentowania oferenta.....

.....

Telefon.....FAX.....e-mail.....

b) **dotyczy osób prowadzących indywidualną praktykę w zakresie działalności leczniczej (lekarze, psycholodzy).**

Imię i nazwisko oferenta (oferentów).....

.....

Adres oferenta (oferentów) oraz adres gabinetu.....

.....

Telefon.....FAX.....e-mail.....

Numer wpisu do rejestru Okręgowej Izby Lekarskiej.....

2. Oświadczenia Oferenta :

2.1 Oświadczam, że zapoznałem/am się z treścią ogłoszenia Wojewódzkiego Ośrodka Medycyny Pracy we Włocławku w sprawie konkursu ofert na wykonywanie świadczeń zdrowotnych.

2.2 Oświadczam, że wyrażam zgodę na związanie ofertą przez 30 dni od upływu terminu

składania ofert.

2.3. Oświadczam, że oferent jest uprawniony do wykonywania świadczeń zdrowotnych, na które składa się oferta.

.....

...

(pieczęć i podpis oferenta lub osoby upoważnionej)

OFERTA CENOWA

Oferuję wykonanie świadczeń zdrowotnych w zakresie:

.....
.....

Proponuję następujące ceny oferowanych świadczeń zdrowotnych (wykaz świadczeń, cena jednostkowa).

Oświadczam, że podane w ofercie ceny świadczeń zdrowotnych nie ulegną zmianie w okresie trwania umowy.

Proponowany czas trwania umowy

1.01.2012r. – 31.12.2012r.

.....
(pieczęć i podpis oferenta lub osoby upoważnionej)