

FORMULARZ OFERTOWY

I. Dane oferenta:

Imię i nazwisko pielęgniarki/ratownika medycznego							
PESEL		Nr prawa wykonywania zawodu					
Adres zamieszkania							
Kraj		Miejscowość					
Kod pocztowy		Poczta					
Ulica			Nr domu			Nr lokalu	
E-mail			telefon			fax	
Adres do korespondencji (wypełnić jeżeli różni się od adresu zamieszkania):							
Kraj		Miejscowość					
Kod pocztowy		Poczta					
Ulica			Nr domu			Nr lokalu	
Numer identyfikacji podatkowej (NIP)							
Nazwa banku							
Nr konta							

Składam ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych na rzecz Regionalnego Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Lublinie.

II. Za realizację przedmiotu zamówienia oferuję cenę:

- 1) dla zadania - zł. brutto za każdą godzinę udzielania świadczeń
- 2) dla zadania - zł. brutto za każdą godzinę udzielania świadczeń

III. Oświadczenia:

1. W okresie trwania umowy zapewniam niezmienność cen.
2. Oświadczam, że załączony wzór umowy został przeze mnie zaakceptowany i zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty do zawarcia umowy na wyżej wymienionych warunkach w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego Zamówienia.
3. Zobowiązuję się do zawarcia umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne i do udzielania świadczeń zdrowotnych na warunkach w niej określonych, zgodnie ze wzorem załączonym do WKO oraz wyrażam zgodę na jej ewentualne przedłużenie w drodze aneksu na kolejny okres nieprzekraczający 12 m-cy.
4. Oświadczam, że zapoznałem/łam się z treścią ogłoszenia.
5. Oświadczam, że zapoznałem/łam się z treścią Warunków konkursu ofert nr DOP-334/4/20/U.Dz.P i nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.

6. Zainteresowałem/łam się wszystkimi koniecznymi informacjami, niezbędnymi do przygotowania oferty oraz wykonania przedmiotowego zamówienia.
7. Uważam się związany/a ofertą przez okres 30 dni.
8. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
9. Zobowiązuję się do udzielania świadczeń zdrowotnych w miejscach, dniach i godzinach uzgodnionych z Udzielającym Zamówienia oraz zgodnie z ustalonym harmonogramem.

IV. Do oferty załączam:

1. Prawo wykonywania zawodu, które nie uległo zawieszeniu oraz nie zostało ograniczone w zakresie wykonywania określonych czynności medycznych (kserokopia),
 2. Dyplom pielęgniarki/ratownika medycznego (kserokopia),
 3. Dokumenty potwierdzające kwalifikacje zawodowe i staż pracy
 - 1)
 - 2)
 - 3)
 - 4)
- (inne dokumenty -wskazać jakie)*

.....
(miejscowość, data)

.....
(pieczętka i podpis osoby uprawnionej)