

FORMULARZ OFERTOWY

I. Dane oferenta:

Imię i nazwisko pielęgniarki/pielęgniarza			
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:

..... zł. brutto za każdą godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych

III. Oświadczenia:

1. W okresie trwania umowy zapewniam niezmiennosc 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-334/1/21/U.Dz.L 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 (kserokopia)
 3. Dokumenty potwierdzające kwalifikacje zawodowe i staż pracy
 - 1)
 - 2)
 - 3)
 - 4)
- (inne dokumenty -wskazać jakie)

.....
(miejscowość, data)

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