

FORMULARZ OFERTOWY

I. DANE PRZYJMĄCEGO 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 realizację zamówienia proponuję następującą stawkę wynagrodzenia*:

	Zakres świadczeń	stawka PLN
1.	Świadczenia zdrowotne w zakresie okulistyki w Poradni Okulistycznej za punkt	
2.	Konsultacje okulistyczne zlecone przez lekarza Opolskiej Rejonowej Komisji Lekarskiej oraz lekarzy Medycyny Pracy za pacjenta	
3.	Konsultacje okulistyczne w oddziałach Szpitala za pacjenta	

* proszę uzupełnić stawkę **tylko** przy wykonywanych badaniach

III. KWALIFIKACJE ZAWODOWE I SPECJALIZACJE PRZYJMĄCEGO 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.

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 PRZYJMĄCEGO 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 niezmiennność cen w okresie obowiązywania Umowy.

miejsowość, data

podpis i pieczęć Przyjmującego zamówienie