

.....
/pieczęć nagłówkowa oferenta/

.....
/miejsowość i data/

**SZPITAL POWIATOWY
W RADOMSKU
97-500 Radomsko
ul. Jagiellońska 36**

**OFERTA
NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH**

Imię i nazwisko/Nazwa:

Nr wpisu do ewidencji o działalności gospodarczej/Nr KRS.....

NIP REGON

Nr telefonu

Adres działalności gospodarczej

Adres do korespondencji (w przypadku gdy nie pokrywa się z adresem działalności gospodarczej)

Przedmiotem niniejszej oferty jest udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie:

Zakres posiadanych kwalifikacji potwierdzam następującymi dokumentami:

1.
2.
3.
4.
5.
6.

Za udzielanie wyżej opisanych świadczeń proponuję:

cenę brutto za 1 godzinę świadczonej pracy

OŚWIADCZAM, ŻE:

1. Zapoznałem się z treścią ogłoszenia o konkursie, „Szczegółowymi warunkami konkursu ofert” i nie zgłaszam żadnych zastrzeżeń
2. Posiadam aktualne ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej (OC) na minimalną kwotę gwarantowaną w wysokości
3. W przypadku wyboru mojej / naszej oferty, umowa zostanie zawarta na warunkach określonych przez Udzielającego Zamówienie oraz miejscu i terminie wskazanym przez Udzielającego Zamówienia.
4. Okres związania ofertą wynosi 30 dni od terminu składania ofert.

.....
/ pieczęć i podpis oferenta /