

Szpital Murcki Sp. z o. o
ul. Sokolowskiego 2
40 749 Katowice

FORMULARZ OFERTY
dotyczy: Ogłoszenia o Konkursie Ofert
na udzielenie zamówień na udzielanie świadczeń zdrowotnych
w określonym zakresie, w roku 2015 (tzw. dyżury kontraktowe)

1. Dane oferenta – imię i nazwisko lub nazwa przedsiębiorcy, adres zamieszkania, miejsce siedziby i adres przedsiębiorcy, NIP, REGON, numer księgi rejestrowej (jeśli dotyczy):

2. Przedmiot oferty – zgodnie z Ogłoszeniem o Konkursie Ofert:

3. Deklarowana minimalna liczba godzin wykonywania świadczeń zdrowotnych w każdym miesiącu: _____

4. Proponowane przez oferenta warunki wynagrodzenia lub podstawy do ustalenia tego wynagrodzenia (**niewłaściwe skreślić*):

- a) świadczenia udzielane w dniach tzw. zwykłych (pn. – pt.): ryczałt *brutto* _____ zł./1 godzinę Świadczeń (1 godzinę Dyżuru),
- b) świadczenia udzielane w dniach tzw. świątecznych (sb., nd., święta): ryczałt *brutto* _____ zł./1 godzinę Świadczeń (1 godzinę Dyżuru).

5. Załączniki: _____ kolejno ponumerowanych stron (_____ kartek)

(podpis i pieczęć osoby uprawnionej do podpisania i złożenia oferty)

(!) Pola niewypelnione należy przekreślić.