

DRUK OFERTY

1. DANE WYKONAWCY:

- 1) Imię i Nazwisko/Nazwa Wykonawcy
- 2) Adres
- 3) Tel./Fax.
- 4) E-mail
- 5) NIP
- 6) REGON (jeśli wykonuje działalność gospodarczą)
- 7) Rachunek Wykonawcy

2. Niniejszym składam ofertę na wykonanie zadania pn.:

„Świadczenie usług w zakresie stwierdzania zgonu osób zmarłych w miejscach publicznych i niepublicznych na terenie Miasta Katowice w przypadku, gdy nie będzie można ustalić lekarza podstawowej opieki zdrowotnej sprawującego opiekę medyczną nad zmarłym lub lekarza leczącego chorego w ostatniej chorobie, odpowiadającego za stwierdzenie zgonu” - na zamówienie spółki Szpital Murcki sp. o.o. (zamawiający).

3. Deklaruję wykonanie zadania za ostatecznym wynagrodzeniem w wysokości:

- 1) Za gotowość „pod telefonem” brutto: zł/m-c
słownie brutto: złotych miesięcznie.
w tym podatek VAT 23% w kwocie zł (jeśli dotyczy).
- 2) Za stwierdzania zgonu brutto: zł/każdy przypadek
słownie brutto: złotych za każdy przypadek.
w tym podatek VAT 23% w kwocie zł (jeśli dotyczy).

4. Deklaruję gotowość wykonywania zadania (dyżur „pod telefonem” w systemie rotacyjnym, zgodnie z grafikami ustalonymi w cyklach miesięcznych):

poniedziałek: całodobowo* / w godzinach od do *

wtorek: całodobowo* / w godzinach od do *

środa: całodobowo* / w godzinach od do *

czwartek: całodobowo* / w godzinach od do *

piątek: całodobowo* / w godzinach od do *

sobota: całodobowo* / w godzinach od do *

niedziela: całodobowo* / w godzinach od do *

*) niepotrzebne skreślić

4. Termin realizacji zadania:

Deklaruję realizację zadania w wymaganym przez zamawiającego terminie.

5. Termin związania ofertą:

Oświadczam, że pozostaję związany niniejszą ofertą przez okres 90 dni, licząc od dnia złożenia oferty.

Data:

Podpis Wykonawcy:

