

Szpital Murcki Sp. z o. o w Katowicach
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 2017

1. Dane oferenta – imię i nazwisko lub nazwa przedsiębiorcy, adres zamieszkania, miejsce siedziby i adres przedsiębiorcy, NIP, REGON, numer księgi rejestrowej, dane kontaktowe: nr tel., adres e-mail (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) dla dyżurów (wg kwoty stawki godzinowej):

- pn. - pt.: _____
 sb., nd., święta ustawowe: _____

*b) dla konsultacji, porad, badań, opisów (np. wg kwoty jednostkowej stawki ryczałtowej):

*c) dla usług ambulatoryjnych (wg procentu wartości procedury zdrowotnej):

*d) inne:

5. Inne warunki oferty, dodatkowe warunki oferenta:

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

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