

**FORMULARZ OFERTOWY**  
**w otwartym konkursie ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych**

przez.....

w ramach koordynatury .....  
w Szpital Lipno Sp. z o. o.  
ul. Nieszawska 6, 87-600 Lipno

**I. Dane Oferenta**

1. Pełna nazwa i siedziba Oferenta (adres)

.....

2. Imię i nazwisko Oferenta

.....

3. Adres do korespondencji

.....

4. Nr telefonu kontaktowego ....., adres poczty elektronicznej .....

5. Nr wpisu do właściwego rejestru

.....

6. Organ dokonujący wpisu

.....

7. Nr REGON ..... 8. Nr KRS .....

9. Nr NIP .....

**II. Kwalifikacje zawodowe osób udzielających świadczeń zdrowotnych:**

.....

**III. Proponowana kwota należności za realizację zamówienia:**

1) ryczałt miesięczny w stosunku miesięcznym .....

lub

2) stawka brutto w zł za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych .....

**IV. Oferent oświadcza, że:**

- 1) stan prawny i faktyczny stwierdzony w ofercie i załączonych do niej dokumentach jest aktualny na dzień składania ofert,
- 2) zapoznał się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert,
- 3) zapoznał się i nie zgłasza zastrzeżeń do „Szczegółowych warunków otwartego konkursu ofert”, którego przedmiotem jest udzielanie świadczeń zdrowotnych.

data .....

podpis Oferenta.....