

FORMULARZ OFERTOWY
w otwartym konkursie ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych

przez.....

w zakresie
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) stawka brutto w zł za 1 osobodzień udzielania świadczeń zdrowotnych w Hospicjum
Domowym

.....

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,

4) wykształcenie oferenta:

lekarz w trakcie specjalizacji z zakresu medycyny paliatywnej	
lekarz specjalista lub posiadający II ^o specjalizacji z zakresu medycyny paliatywnej	

data

podpis Oferenta.....