Szpital Powiatowy
w Zawierciu

42-400 Zawiercie, ul Miodowa 14
32 67 40 200
sekretariat@szpitalzawiercie.pl
www.szpitalzawiercie.pl

Załącznik nr 1

OFERTA
na udzielanie przez lekarzy specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie konsultacji: laryngologicznych, okulistycznych i neurologicznych w Poradni Medycyny Pracy Szpitala Powiatowego w Zawierciu

I. Dane Oferenta:

Nazwa Wykonawcy .....
Siedziba wykonawcy .....
NIP.....Regon .....
Tel. .....Fax .....
e-mail: .....www. .....
Nazwa banku i nr rachunku bankowego:.....

II. Oferta

Oferuję wykonanie konsultacji (wpisać nazwę konsultacji) ..... na warunkach określonych w szczegółowych warunkach konkursu i w projekcie umowy, w związku z czym oświadczam, że:

1. Będę realizować Badania w okresie 24 miesięcy za łączne wynagrodzenie w wysokości: ..... zł (brutto)*
   (słownie:.....zł).

Powyższa cena wynika z poniższej kalkulacji:

Nazwa Badania	szacunkowa ilość badań 24 miesięcy*	Cena jednostkowa brutto	Wartość brutto
Wykonywanie konsultacji laryngologicznych	10 170		
Wykonywanie konsultacji okulistycznych	6 554		
Wykonywanie konsultacji neurologicznych	414		

*Podane ilości świadczeń zdrowotnych w skali 24 miesięcy są szacunkowe i służą jedynie do oceny oferty, jeżeli faktyczna ilość badań będzie inna, Przyjmującemu Zamówienie nie służą z tego tytułu żadne roszczenia.

Oferent gwarantuje stałość cen w trakcie trwania umowy.
Udzielający Zamówienia zastrzega prawo do wyboru więcej niż jednego Oferenta.

42-400 Zawiercie, ul Miodowa 14
32 67 40 200
sekretariat@szpitalzawiercie.pl
www.szpitalzawiercie.pl

Ponadto oświadczam, że:

a) zapoznałem/-am się ze stanem technicznym i prawnym pomieszczeń i nie wnoszę do niego zastrzeżeń oraz zrzekam się roszczeń związanych w jakikolwiek sposób ze stanem tych pomieszczeń, sprzętów i aparatury medycznej.

b) zapoznałem/-am się szczegółowo z warunkami konkursu i uzyskałem/-am wszystkie informacje niezbędne do przygotowania oferty i nie zgłaszam w tym zakresie żadnych uwag;

c) zapoznałem /-am się z treścią projektu umowy i akceptuję bez zastrzeżeń jego treść.

.....
Podpis osoby uprawnionej