

FORMULARZ OFERTY

I. Dane Oferenta:

1. Pełna nazwa Oferenta

.....
.....

Regon NIP Nr wpisu we właściwym rejestrze

PESEL

2. Adres Oferenta:

ul. nr kod pocztowy miejscowość

3. Adres zamieszkania Oferenta (osoby fizycznej):

ul. nr kod pocztowy miejscowość

4. Dane kontaktowe:

tel. fax mail:

(wszystkie informacje dotyczące postępowania są przesyłane na podany mail)

5. Kwalifikacje zawodowe:

.....
.....
.....

II. Oferowany czas trwania umowy to miesięcy, preferowany to 60 miesięcy.

III. Oferuję termin płatności 21 dni, od dnia otrzymania faktury VAT (rachunku) przez Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Nr 5 im. św. Barbary w Sosnowcu.

IV. Oferowany sposób realizacji przedmiotu umowy:

.....
.....
.....

V. Oferta dodatkowa:

1. Oferuję dodatkowo ponad wymagany standard określony w Materiałach Informacyjnych:

.....
.....

2. Inne składniki oferty:

.....
.....

.....
pieczętka i podpis Oferenta

dot. postępowania konkursowego obejmującego zamówienie na zlecenie Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego Nr 5 im. św. Barbary w Sosnowcu na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy w Klinicznym Oddziale Chirurgii Ogólnej, Kolorektalnej i Urazów Wielonarządowych z Pododdziałem Chirurgii Onkologicznej, przez okres 60 miesięcy.

Przedmiot Zamówienia	Imię i Nazwisko wykonującego przedmiotowe świadczenia zdrowotne wraz z kwalifikacjami	Oferowana cena za udzielanie świadczeń zdrowotnych wykonywanych zgodnie z wymaganiami NFZ
<p>Udzielanie świadczeń zdrowotnych w Klinicznym Oddziale Chirurgii Ogólnej Kolorektalnej i Urazów Wielonarządowych z Pododdziałem Chirurgii Onkologicznej od poniedziałku do piątku w godzinach od 7:00/7:25 do 14:35/15:00 oraz od 14:35/15:00 do 7:00/7:25 a także w soboty, niedziele i święta całodobowo od 7:00/7:25 do 7:00/7:25 dnia następnego</p> <p>WYMAGANIA: Specjalista w dziedzinie chirurgii lub chirurgii ogólnej</p>		<p>..... cena za 1 godzinę udzielania świadczeń Oferowana liczba godzin (miesięcznie)</p>

DATA I PODPIS OFERENTA.....