

.....
(pieczęć Oferenta)

FORMULARZ OFERTOWY
na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki pielęgniarstwa w Krapkowickim Centrum Zdrowia
Sp. z o.o.

I. UDZIELAJĄCY ZAMÓWIENIA

Krapkowickie Centrum Zdrowia Sp. z o.o.
os. XXX-lecia 21, 47-303 Krapkowice
NIP: 1990080635

II. DANE PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE

Nazwa

Siedziba:

REGON

NIP:

Telefon:

e-mail:

III. OFERTA CENOWA

Oświadczam, iż oferuję poniższą stawkę za wykonanie przedmiotu zamówienia w zakresie:

- 1) opieki pielęgniarstwa w Krapkowickim Centrum Zdrowia Sp. z o.o. zł brutto
(słownie:) za 1 godzinę udzielania świadczeń na Oddziale
.....*/ w Zakładzie Opiekuńczo – Lecznicy *
- 2) opieki pielęgniarstwa w Poradniach w Krapkowickim Centrum Zdrowia Sp. z o.o. zł brutto
(słownie:) za 1 godzinę udzielania świadczeń

IV. OŚWIADCZENIE I ZOBOWIĄZANIE PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE

1. Oświadczam, że zapoznałem się z opisem przedmiotu zamówienia i nie wnoszę do niego zastrzeżeń.
2. Zobowiązuję się do podpisania umowy na warunkach zawartych w Projekcie umowy – załącznik nr 2,

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpisy i pieczęcie osób upoważnionych
do reprezentowania Oferenta)

*niepotrzebne skreślić.