

.....
/ Pieczęć oferenta /

Szpital Dziecięcy im. prof. dr. med. Jana
Bogdanowicza
Samodzielny Zespół Publicznych Zakładów
Opieki Zdrowotnej
ul. Niekłańska 4/24, 03-924 Warszawa

FORMULARZ OFERTOWY

W odpowiedzi na ogłoszenie konkursu ofert z dnia na
udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania świadczeń
nocnej i świątecznej pomocy lekarskiej.

I. DANE OFERENTA

1. Nazwa firmy (lub imię i nazwisko)

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

2. Adres z kodem

.....

3. Tel. fax

4. NIP REGON

5. Zarejestrowany w

.....
.....

pod numerem

.....

6. Nazwa Banku

.....

7. Nr Konta

.....

II. PRZEDMIOT OFERTY

1. Oferuję wykonywanie świadczeń medycznych nocnej i świątecznej pomocy lekarskiej (wypełnić załącznik Nr 1 do oferty).
2. Oferowane świadczenia będą wykonywane na poziomie zgodnym z przyjętymi standardami, wymogami Narodowego Funduszu Zdrowia, z zachowaniem przepisów sanitarnych, ppoż., BHP z uwzględnieniem najnowszych osiągnięć w tej dziedzinie.
3. Do oferty załączam opis(y) organizacji i warunków technicznych wykonywania oferowanych świadczeń.
4. Gwarantuję ciągłość świadczeń, niezależnie od urlopów, absencji chorobowej i nieobecności z innych powodów, bez naruszania warunków zawartej umowy.
5. Termin ważności oferty 30 dni od terminu składania ofert.

III. ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY

zawarte w szczegółowych warunkach konkursu ofert .

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

..... dnia.....

.....
(podpis oferenta)