**ZPZ.254.2.2017 Załącznik Nr 1 do SWKO**

*Pieczątka firmowa z pełną nazwą oferenta*

**FORMULARZ OFERTOWY**

**I. Dane Oferenta:**

**Imię i Nazwisko………………………………………………………………………………**

**Adres …………………………..………………………………………………………….…………**

**Numer telefonu …………………………Adres e-mail …………………………………....**

**Regon ................................................................. NIP ............................................................**

**II. Kwalifikacje zawodowe i specjalizacja Oferenta wymagana w zakresie przewidzianym warunkami konkursu**

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

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

(numer dyplomu lekarza i posiadane specjalizacje).

**III. Proponowana kwota wynagrodzenia:**

1. Za realizację zamówienia proponuje następującą stawkę wynagrodzenia:

……………………….zł brutto za 1 godzinę pracy

……………………….zł brutto za 1 dzień pracy ( w przypadku Pracowni RTG)

2. Zobowiązuje się do udzielenia świadczeń zdrowotnych w zakresie…………………..

……………………w następujących godzinach i dniach tygodnia:…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………….

**IV. Oświadczenia :**

1. W okresie trwania umowy zapewniam niezmienność cen.

2. Oświadczam, że załączony projekt umowy został przeze mnie zaakceptowany i zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej/naszej oferty do zawarcia umowy na wyżej wymienionych warunkach w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego Zamówienia.

3. Oświadczam, że zapoznałem się z SWKO oraz ich załącznikami ( w szczególności 3, 4 ) i nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.

4. Zainteresowałem się wszystkimi koniecznymi informacjami, niezbędnymi do przygotowania oferty oraz wykonania przedmiotowego zamówienia.

5. Uważam się związany ofertą przez okres 30 dni.

6. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.

7. Oferowane świadczenia zdrowotne udzielane będą przy wykorzystaniu bazy lokalowej, aparatury i sprzętu medycznego oraz środków transportu i łączności Udzielającego Zamówienia.

8. Zobowiązuję się do udzielania świadczeń zdrowotnych w dniach uzgodnionych z Udzielającym Zamówienia oraz z ustalonym harmonogramem.

....................................... ………….…………………….

(miejscowość i data) ( pieczątka i podpis Oferenta )