

FORMULARZ OFERTOWY**Dane o Oferencie:**

1. Pełna nazwa Oferenta

.....

.....

.....

.....

.....

2. Adres Oferenta:

ulnr

kod pocztowy miejscowość

tel fax

adres e-mail

Regon NIP.....

Numer księgi rejestrowej (nr wpisu w RPWDL)..... KRS

W załączeniu przedkładam*/:

1. Prawo wykonywania zawodu lekarza mającego udzielać świadczeń zdrowotnych wraz z dokumentem potwierdzającym specjalizację.
 2. Aktualną polisę ubezpieczeniową
 3. Aktualne zaświadczenie lekarskie stwierdzające brak przeciwwskazań zdrowotnych do realizacji zadań wynikających z warunków umowy
 4. Aktualne zaświadczenie potwierdzające ukończenie szkolenia bhp
 5. Posiadane dyplomy, zaświadczenia, certyfikaty potwierdzające posiadanie dodatkowych kwalifikacji / uprawnień
- Powyższe dokumenty należy złożyć w postaci kserokopii, potwierdzonych przez Oferenta za zgodność z oryginałem.

Proponowana kwota należności za czynności obejmujących zarządzanie i organizację pracy Oddziału Neonatologii i Intensywnej Terapii Noworodka w ramach pełnienia zastępstwa za kierownika oddziału Szpitala Specjalistycznego Nr 2 w Bytomiu zwanego dalej „oddziałem” oraz udzielanie porad specjalistycznych w Poradni Patologii Noworodka i realizacja świadczeń zdrowotnych w zakresie usług specjalistycznych na rzecz pacjentów hospitalizowanych w przedmiotowym oddziale w wysokości:

..... zł brutto

(słownie:) miesięcznie**:

.....

.....

.....

.....

Przyjmuję do wiadomości termin płatności w wymiarze 21 dni, od dnia otrzymania faktury (rachunku) przez Szpital Specjalistyczny Nr 2 w Bytomiu

* właściwe zakreślić

**właściwe wpisać

.....
(pieczętka i podpis Oferenta)