

FORMULARZ OFERTOWY

Dane o Oferencie:

1. Pełna nazwa Oferenta

.....

2. Adres Oferenta:

ulnr

kod pocztowy miejscowość

tel fax adres e-mail

RegonNIP.....

Numer wpisu do Ewidencji Działalności Gospodarczej / KRS

L.p.	Imię i nazwisko radcy prawnego/adwokata	Usługi proponowane w oferowanej kwocie należności

W załączeniu przedkładam: *

1. Aktualny wypis z listy radców prawnych/adwokatów wydany przez Radę Okręgowej Izby Radców Prawnych lub Okręgową Radę Adwokacką, potwierdzający wykonywanie zawodu adwokata lub radcy prawnego.
2. Polisę lub inny dokument ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej.
3. Aktualne zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej.

Proponowana kwota należności na świadczenie usług w zakresie obsługi prawnej Szpitala (ryczałt miesięczny - cena netto): **

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

Proponowany harmonogram świadczenia usług w zakresie obsługi prawnej Szpitala:**

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

Oferta dodatkowa

1. Oferuję dodatkowo ponad wymagany standard określony w Szczegółowych Warunkach Konkursu.....

2. Przyjmuję do wiadomości termin płatności w wymiarze 30 dni, od dnia otrzymania faktury (rachunku) przez Szpital Specjalistyczny Nr 2 w Bytomiu

** właściwe zakreślić*

***właściwe wpisać*

.....
(pieczętka i podpis Oferenta)