



**SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ
„SZPITAL POWIATOWY” IM. BŁ. MARTY WIECKIEJ
W BOCHNI**

32-700 Bochnia, ul. Krakowska 31

**FORMULARZ OFERTY NA UDZIELENIE ŚWIADCZEŃ
W CHARAKTERZE LEKARZA KIERUJĄCEGO ODDZIAŁEM**

Oznaczenie oferenta:

.....

.....

Adres oferenta:

.....

.....

Adres do korespondencji:

.....

.....Tel.

UWAGA:

1. Ofertę należy złożyć na niniejszym formularzu.
2. Formularz powinien być wypełniony czytelnie za pomocą środków o charakterze trwałym.
3. Do oferty należy załączyć dokumenty wskazane w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert (SWKO).

I. Oświadczam, że oferuję następujące wynagrodzenie:

miesięczne wynagrodzenie za realizację Umowy – w wysokości
..... zł brutto (słownie:
.....),

Oświadczam, że:

1. zapoznałem się z treścią:

- a) ogłoszenia,
- b) Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert (SWKO),
- c) projektu umowy,

akceptuję ich treść i nie wnoszę do ww. dokumentów żadnych zastrzeżeń.

2. w przypadku wyboru mojej oferty, zobowiązuję się do zawarcia umowy, zgodnie z postanowieniami SWKO, w szczególności wzoru umowy, stanowiącego Załącznik nr 2 do SWKO oraz przystąpienia do realizacji zamówienia.

Data

Podpis i pieczęćka Oferenta