

FORMULARZ OFERTOWY

1. Nazwa Oferenta:

2. Adres oferenta:

3. Zarejestrowany w:

4. Numer NIP:

5. Numer REGON:

6. Nr telefonu:

7. Kwota należności za realizację zamówienia:

1) Z tytułu samodzielnie realizowanych Świadczeń objętych Umową, Przyjmującemu zamówienie będzie przysługiwało wynagrodzenie w wysokości:

a) zł brutto, (słownie:zł brutto) za 1 godzinę świadczenia usług w podstawowej ordynacji czasu pracy*;

ZAKRES I*:

a) zł brutto, (słownie:zł brutto), za 1 godzinę pracy w dni powszednie (od poniedziałku do piątku);

b) zł brutto, (słownie:zł brutto), za 1 godzinę pracy w soboty;

c) zł brutto, (słownie:zł brutto), za 1 godzinę pracy w niedzielę i święta;

ZAKRES II*:

a) zł brutto, (słownie:zł brutto), za 1 godzinę pracy w dni powszednie (od poniedziałku do piątku);

b) zł brutto, (słownie:zł brutto), za 1 godzinę pracy w soboty;

c) zł brutto, (słownie:zł brutto), za 1 godzinę pracy w niedzielę i święta;

ZAKRES III*:

a) zł brutto, (słownie:zł brutto), za 1 godzinę pracy w dni powszednie (od poniedziałku do piątku);

- b) zł brutto, (słownie: zł brutto), za 1 godzinę
pracy w soboty;
- c) zł brutto, (słownie: zł brutto), za 1 godzinę
pracy w niedzielę i święta;

*niepotrzebne skreślić

8. Czas trwania umowy:
9. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert w sprawie o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne w Szpitalu Wojewódzkim w Poznaniu.
10. Oświadczam, że zapoznałem się z warunkami konkursu i treścią umowy i nie wnoszę do nich żadnych zastrzeżeń.
11. Oświadczam, że nie jest stroną umowy zwartej z NFZ w zakresie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej - tym samym nie zachodzą przesłanki, o których mowa w art. 133 w zw. z art. 132 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 146 z późn. zm.),
12. Imię i nazwisko osoby uprawnionej do reprezentowania Oferenta:

(czytelny podpis i pieczęć Oferenta
lub osoby uprawnionej do jego, data, miejscowość)

KP