

DONE.46.01.2019.KO

Załącznik nr 2
do warunków konkursu
na udzielanie świadczeń zdrowotnych

Oferent: _____

Adres Oferenta : _____

tel.: _____ Fax.: _____

FORMULARZ OFERTOWY

Oświadczam, że po zapoznaniu się z ogłoszeniem o konkursie ofert oraz warunkami konkursu ofert -
składam swoją ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem konkursu ofert:

Kwota brutto : _____ **zł.**

słownie: _____ **zł.**

Zobowiązuję się do udzielania świadczeń zdrowotnych w dniach i godzinach uzgodnionych z
Udzielającym Zamówienia.

Oświadczam, że posiadam uprawnienia, kwalifikacje, personel - niezbędne do udzielania świadczeń
zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia wraz z obowiązującym na danym stanowisku
zakresem czynności.

Odpisy aktualnych dokumentów kwalifikacyjnych i prowadzonej działalności – załączam do oferty.

Oświadczam, że nie zalegam z płatnością przed Urzędem Skarbowym i ZUS-em.

Oświadczam, że w ramach prowadzonej działalności samodzielnie rozliczam się z Urzędem
Skarbowym i ZUS-em.

.....
(pieczętka i podpis)