

FORMULARZ OFERTOWY

Dane dotyczące Przyjmującego Zamówienie:

Imię i nazwisko:

Miejsce zam/.:kod.....ul.....

nr telefonu/fax, e-mail.....

PESEL * NIP.....

prowadzący/a działalność gospodarczą pod firmą

z siedzibą w.....kod.....ul.....

NIP

Osoba upoważniona do kontaktów:.....tel.

Dane dotyczące Udzielającego Zamówienia:

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Specjalistyczny MSWiA w Otwocku
05-400 ul. Bolesława Prusa 1/3, Otwock

Zobowiązania Przyjmującego Zamówienie - Nawiązując do Ogłoszenia o konkursie ofert pod nazwą „Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza specjalistę w dziedzinie chorób wewnętrznych w SP ZOZ Szpitalu Specjalistycznym MSWiA w Otwocku”:

- 1) zobowiązuję się świadczyć usługę na zasadach określonych w Ogłoszeniu,
- 2) termin realizacji zamówienia: 24 miesiące od dnia podpisania umowy.
- 3) termin płatności: zgodnie z § 4 ust. 7 Istotnych Postanowień Umowy.
- 4) Oświadczam, że zapoznałem się z treścią Istotnych Postanowień Umowy stanowiących załącznik nr 2 do Ogłoszenia i nie zgłaszam do nich żadnych uwag.
- 5) Oświadczam, że posiadam kwalifikacje o którym mowa w ust. 5 ppkt. 4 i 5 ogłoszenia.
- 6) Oświadczam, że dane zawarte w złożonych dokumentach, o których mowa w ust. 5 Ogłoszenia są aktualne na dzień składania ofert.
- 7) Ofertę niniejszą składamy na zapisanych kolejno ponumerowanych i podpisanych stronach.
- 8) Załącznikami do niniejszej oferty są:

1)

2)

3)

4).....

....., dnia

.....
(podpis Przyjmującego Zamówienie)

*niepotrzebne skreślić