

FORMULARZ OFERTOWY

Konkurs ofert na udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych w zakresie koordynowania Zakładem Radiologii, Diagnostyki Obrazowej i Medycyny Nuklearnej SP ZOZ Zespołu Szpitali Miejskich w Chorzowie wraz z udzielaniem lekarskich świadczeń zdrowotnych w zakresie diagnostyki obrazowej i izotopowej

..... , dnia
miejsowość

I. DANE OFERENTA

1. Imię nazwisko:

.....

2. Adres zamieszkania:

.....

3. Pełna nazwa i siedziba prowadzonej działalności gospodarczej¹:

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

4. Nr PESEL:

.....

5. Nr NIP:

.....

6. Nr telefonu:

.....

7. Nazwa banku oraz nr konta bankowego

.....
.....

.....
(podpis i pieczęć firmowa oferenta)

¹ O ile dotyczy

al

II. CENA OFERTY

Proponuję cenę (ryczałtowa) płatną miesięcznie w wysokości:

.....,..... **zł** brutto (słownie: złotych 0/100)
za udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych w zakresie koordynowania Zakładem Radiologii
Diagnostyki Obrazowej i Medycyny Nuklearnej SP ZOZ Zespołu Szpitali Miejskich w
Chorzowie wraz z udzielaniem lekarskich świadczeń zdrowotnych w zakresie diagnostyki
obrazowej i izotopowej

III. OKRES NA JAKI MA BYĆ ZAWARTA UMOWA [zaznacz „X”]

Wyrażam zgodę, by umowa o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne była
zawarta na okres od **1 listopada 2023 r. do 31 października 2028 r.** z możliwością
przedłużenia na kolejny okres aneksem do umowy



.....
(podpis i pieczętka firmowa oferenta)