FORMULARZ OFERTOWY

na świadczenie usług medycznych przez pielęgniarkę/pielęgniarza

Nazwa Oferenta .....

Imię i nazwisko osoby/osób, które będą wykonywać zamówienie……

……..

Adres Oferenta ….....

Tel./fax. .....

E-mail: ……..

1. Oświadczam, że:

a) **prowadzę działalność gospodarczą** ☐

NIP ..... REGON .....

Oferuję wykonanie zamówienia (jedno badanie kolonoskopowe) za kwotę brutto: …… (słownie złotych: .....)

b) **jestem zatrudniona/y w innym podmiocie** i moje miesięczne wynagrodzenie brutto stanowi co najmniej kwotę minimalnego wynagrodzenia określonego ustawowo ☐

PESEL ……

Oferuję wykonanie zamówienia (jedno badanie kolonoskopowe) za kwotę brutto: …… (słownie złotych: .....)

c) **żadne z powyższych** ☐

PESEL ……

Oferuję wykonanie zamówienia (jedno badanie kolonoskopowe) za kwotę brutto …….. x 119,91% = ……..

(słownie złotych: .....)

2. Zgłaszam gotowość wykonywania świadczeń w dniach: □ poniedziałek, □ wtorek, □ środa, □ czwartek, □ piątek w godz. ……., w □ sobotę w godz. ……..

Należy zaznaczyć w kratce wybrane dni.

3. Oświadczam, że uważam się za związanego niniejszą ofertą przez okres 30 dni, liczony od dnia upływu terminu ich składania.

4. Oświadczam, że w przypadku wybrania mojej oferty zobowiązuję się do zawarcia umowy, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.

..... dnia .....

…….

Podpis osoby upoważnionej

ZAŁĄCZNIK NR 1

……
(Pieczęć Wykonawcy)

OŚWIADCZENIE

Odpowiadając na Zapytanie ofertowe ja/my niżej podpisany/i oświadczam/my, co następuje:

1. podlegam/y obowiązkowemu ubezpieczeniu z tytułu odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą, zgodnie z ustawą z dnia 15 kwietnia 2011o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. 2018, poz. 160, z późn. zm.);
2. nie jestem/jesteśmy związany/ni z Zamawiającym umową o pracę.

……, dn…….....2018 roku

.....
(Podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy)