

FORMULARZ OFERTOWY

Świadczenie usług lekarskich na zasadach dyżuru w Zagłębiowskim Hospicyjnym Centrum Wsparcia Opiekuńczo-Rehabilitacyjno-Psychologicznym prowadzonym przez Hospicjum Sosnowieckie im. św. Tomasza Ap.

1. ZAMAWIAJĄCY

Hospicjum Sosnowieckie im. św. Tomasza Ap.
ul. Mjr H. Hubala- Dobrzańskiego 131 , 41-218 Sosnowiec
Tel. (32) 32 832 94 00

2. OFERENT

Imię i Nazwisko/Nazwa

Adres zamieszkania/siedziby

Nr telefonu

e-mail

Nr prawa wykonywanie zawodu

(w przypadku osoby fizycznej)

Pesel (w przypadku osoby

fizycznej) / NIP

Osoba wyznaczona do kontaktu w sprawie treści oferty

..... tel.

Składam ofertę na wykonanie usług lekarskich podczas dyżurów lekarskich w zakresie zadania pn: „Usługi społeczne dla osób niesamodzielnych w Zagłębiowskim Centrum Wsparcia Opiekuńczo-Rehabilitacyjno-Psychologicznego” zgodnie z zapytaniem nr 7/EFS 9.2.1/2023

Oferuję wykonanie zamówienia na poniższych warunkach:

ZAKRES

LP	Miejsce świadczenia usługi	Ilość godz. w miesiącu	Cena brutto zł	Wartość brutto miesięcznie
1	Dyżur w oddziale stacjonarnym – gotowość	/ za 1 h	
2.	Dyżur w oddziale stacjonarnym – przyjazd na dodatkowe wezwanie	X/ za 1 przyjazd	X
3	Wizyta wyjazdowa do środowiska	X / za 1 wizytę	X

Oświadczam iż usługę będę świadczył w okresie od podpisania umowy do 30.06.2023r. zgodnie z uzgodnionym co miesiąc z Zamawiającym grafikiem dyżurów.

.....
Data i podpis Oferenta