**Załącznik nr 1 do SWKO**

**FORMULARZ OFERTOWY**

Konkurs K/2/I/2023

OFERTA NA: „Świadczenie usług zdrowotnych w zakresie opieki lekarskiej na Oddziale Ginekologii Planowej – hospitalizacja planowana w dni powszednie, w tym dyżury lekarskie.”

1. Dane Oferenta:

Nazwa.............................................................................................................................

Siedziba..........................................................................................................................

Nr telefonu/faks..............................................................................................................

Reprezentowany przez:…................................................................................................

Proponuję następujące kwoty wynagrodzeń za wykonane i sprzedane usługi:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| l.p. | **Rodzaj świadczenia** | brutto zł/godzinę |
| 1. | Stawka za 1 godzinę świadczenia usług w dni powszednie |  |

1. Oświadczam, że:
   1. Posiadam aktualnie obowiązujące uprawnienia niezbędne do świadczenia usług będących przedmiotem konkursu ofert.
   2. Zapoznałem się z treścią ogłoszenia i szczegółowych warunków Konkursu,

**Do oferty należy dołączyć kserokopie dokumentów wymienionych w „Szczegółowych warunkach konkursu ofert” w ust VI.**

1. Zastrzeżenie wykonawcy:

Niżej wymienione dokumenty składające się na ofertę nie mogą być ogólnie dostępne:

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

Inne informacje wykonawcy: …………………………………………………………………………………………………

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

Data.............................. …........................................

(podpis)