



Szpital Kliniczny *Przemienienia Pańskiego*
Uniwersytetu Medycznego
im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
61 – 848 Poznań, ul. Długa 1/2

tel. (61) 854 90 00

Dyrekcja (61) 854 91 21

fax. (61) 852 94 72

Załącznik nr 2

....., dnia

FORMULARZ CENOWY (część pierwsza)

Nazwa (imię i nazwisko, firma), siedziba i adres przyjmującego zamówienie:

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

Nr telefonu / Nr faxu

Osoba uprawniona do kontaktu z przyjmującym zamówienie:

.....

Odpowiadając na ogłoszone postępowanie konkursowe dotyczące świadczeń zdrowotnych:
**przez pielęgniarki w pracowniach: Naczyniowej oraz Tomografii Komputerowej
Działu Radiologii Klinicznej w dni powszednie od godziny 15,00 do 8,00 dnia
następnego oraz w dni wolne u Udzielającego Zamówienie przez 24 godziny.**

Nr przedmiotu oferty:

Oferuję następujące warunki cenowe:

Wynagrodzenie za godzinę wykonywania świadczeń.....

Inne warunki:

Data i podpis przyjmującego zamówienie

FORMULARZ OFERTY (CZĘŚĆ 2)

Nazwa (imię i nazwisko, firma), siedziba i adres przyjmującego zamówienie:

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

Nr telefonu / Nr faxu

Odpowiadając na ogłoszone postępowanie konkursowe dotyczące świadczeń zdrowotnych w zakresie usług medycznych

1. Oświadczam, że zapoznałem/łam się z warunkami udzielenia zamówienia na udzielanie świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem zamówienia, zawartymi w dokumentacji konkursowej i nie wnoszę do nich zastrzeżeń.
2. Oferuję realizację przedmiotowych świadczeń z cenami określonymi w „Formularzu cenowym”.
3. Dane przedstawione w ofercie i niniejszych oświadczeniach są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.
4. Informujemy, iż uważamy się za związanych niniejszą ofertą w okresie wskazanym w dokumentacji konkursowej.
5. Wszystkie wymagane w niniejszym postępowaniu konkursowym oświadczenia składam ze świadomością odpowiedzialności cywilnej i karnej za bezprawne działania czynione w celu pozyskania zamówienia.

Data i podpis przyjmującego zamówienie