**Wojewódzki Specjalistyczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej**

**Chorób Płuc i Gruźlicy  w Wolicy**

**Wolica 113, 62-872 Godziesze Małe**

**FORMULARZ OFERTOWY:**

**Oznaczenie oferenta:**

**Adres oferenta:**

**Adres do korespondencji:**

**Adres email:**

**Tel.: ...........................................................**

**Fax: ...........................................................**

**UWAGA:**

1. Ofertę należy złożyć na niniejszym formularzu.
2. Formularz powinien być wypełniony czytelnie za pomocą środków o charakterze trwałym.

|  |  |
| --- | --- |
| **Zakres:** | **Proponowana wartość** |
| Oddział Chorób Płuc i GruźlicyOd poniedziałku do piątku w godzinach:od 7:00 do 14:35.  | …………………………… zł brutto ryczałt |
| Szpital Chorób Płuc i Gruźlicydyżur popołudniowy w godzinach:od 14:35 do 7:00 dnia następnego | …………………………… zł brutto za godzinę |
| Szpital Chorób Płuc i Gruźlicydyżur świąteczny w soboty, niedziele i święta w godzinach:od 7:00 do 7:00 dnia następnego | …………………………… zł brutto za godzinę |

**Oświadczam, że:**

1. **zapoznałem się z treścią:**
2. ogłoszenia,
3. Warunków Konkursu Ofert (WKO),
4. projektu umowy (załącznik nr 2 lub 2a do WKO),

**akceptuję ich treść i nie wnoszę do ww. dokumentów żadnych zastrzeżeń.**

1. w przypadku wyboru mojej oferty, zobowiązuję się do zawarcia umowy, zgodnie z postanowieniami WKO, w szczególności wzoru umowy, stanowiącego Załącznik nr 2 lub 2a do WKO, oraz przystąpienia do realizacji zamówienia.
2. **WYRAŻAM ZGODĘ / ODMAWIAM WYRAŻENIA ZGODY** na prowadzenie, w trakcie postępowania konkursowego, korespondencji drogą poczty elektronicznej lub faksu (dotyczy m.in. wezwania do uzupełnienia ewentualnych braków oferty).
3. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych: imienia, nazwiska oraz danych dotyczących wykonywania zawodu oraz telefonu stacjonarnego i komórkowego oraz adres e-mail wyłącznie dla celów realizacji umowy.

……………………….. ………...………………………….…

Data Podpis i pieczątka Oferenta