

**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.

Załącznik nr 1 do WKO

Zakres:	Proponowana wartość
Oddział Chorób Płuc i Gruźlicy Od poniedziałku do piątku w godzinach: od 7:00 do 14:35. zł brutto ryczałt
Szpital Chorób Płuc i Gruźlicy dyżur popołudniowy w godzinach: od 14:35 do 7:00 dnia następnego zł brutto za godzinę
Szpital Chorób Płuc i Gruźlicy dyżur 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:**

- a) ogłoszenia,
- b) Warunków Konkursu Ofert (WKO),
- c) projektu umowy (załącznik nr 2 lub 2a do WKO),

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

- 2. 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.
- 3. **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).
- 4. 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 pieczęć Oferenta