

Załącznik nr 2 – formularz ofertowy

Pełna nazwa:	
Adres:	
REGON	NIP:
Nr telefonu:	Nr faksu:
E – mail :	

Przystępując do konkursu pod nazwą „Poprawa dostępności mieszkańców Miasta Lubawa do usług medycznych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej lekarskiej i pielęgniarskiej w 2019 roku”, ogłoszonego przez Burmistrza Miasta Lubawa, składam(-y) następującą ofertę:

Lp.	Oznaczenie	Koszt 1 godziny brutto	Łączna liczba godzin	Wartość brutto
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5 = 3 x 4</i>
1	Poprawa dostępności mieszkańców Miasta Lubawa do usług medycznych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej lekarskiej i pielęgniarskiej w 2019 roku		824	
Wartość brutto słownie:				

1. Oświadczamy, że dysponujemy potencjałem zatrudnionych (zakontraktowanych) lekarzy, realizujących świadczenie posiadających specjalizację (1-szy stopień specjalizacji lub tytuł specjalisty) w dziedzinie medycyna rodzinna, pediatria lub choroby wewnętrzne.
2. Oświadczamy, że posiadamy:
 - a) Certyfikat ISO w zakresie usług medycznych ważny w dniu złożenia oferty*
 - b) Certyfikat Akredytacyjny Ministra Zdrowia ważny w dniu złożenia oferty*
3. Oświadczam(y), że zapoznaliśmy się warunkami konkursu oraz zdobyliśmy wszelkie konieczne informacje potrzebne do właściwego przygotowania oferty.
4. Oświadczam(y), że zawarty w ogłoszeniu o konkursie projekt umowy został przez nas zaakceptowany i zobowiązujemy się, w przypadku wybrania naszej oferty do zawarcia umowy na warunkach określonych w ogłoszeniu konkursie.

.....
(podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy)

* Niepotrzebne skreślić