

..... (nazwa i adres firmy) REGON:..... NIP:..... Tel:..... Mail:.....
--

O F E R T A

Samodzielne Publiczne Pogotowie Ratunkowe
 ul. Prof. Mariana Raciborskiego 2A
 83-000 Pruszcz Gdański

Nawiązując do ogłoszenia o konkursie ofert – uzupełniający zamieszczonego na stronie internetowej www.pogotowiepruszcz.pl w dniu oferuję wykonanie świadczenia zdrowotnego na stanowisku:

Lekarz NiŚOZ

w okresie od 01.10.2025 roku

Ja niżej podpisany/a:

.....
 działając w imieniu i na rzecz:

.....

(Nazwa firmy, dokładny adres Oferenta, tel. fax. nr konta bankowego, dokumenty potwierdzające status prawny oferenta, określenie organu dotyczącego wpisu oferenta,)

1. Zobowiązuję się do wykonania w/w usług za cenę ofertową brutto, która wynosi:
 Za jedną godzinę pracy..... zł (słownie:.....zł)
2. Oświadczam, że akceptuję warunki płatności określone w projekcie umowy.
3. Oświadczam, że posiadam kwalifikacje umożliwiające realizację usług.
4. Oświadczam, że uważam się za związanego niniejszą Ofertą na czas wskazany w ogłoszeniu o konkursie czyli przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.
5. Zamówienie zrealizuję sam/a.
6. Upoważniam Zamawiającego, bądź uprawnionych przedstawicieli do przeprowadzenia wszelkich badań mających na celu sprawdzenie zaświadczeń, dokumentów i przedłożonych informacji oraz do wyjaśniania finansowych danych oferty.
7. Stwierdzam, że w cenie Oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania przedmiotu zamówienia.
8. Oświadczam, że wszystkie informacje zamieszczone w Ofercie są prawdziwe.
9. Oświadczam, że zapoznałem/am się z "Projektem umowy" i zobowiązuję się, w przypadku wyboru mojej Oferty, do zawarcia umowy na wyżej wymienionych warunkach, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
10. Wszelką korespondencję w sprawie niniejszego postępowania należy kierować na poniższy adres:

11. Załącznikami do niniejszej Oferty są wszystkie dokumenty zawarte w części IV SWKO.

.....
 Podpis składającego ofertę