

MODYFIKACJA Z DN. 02.02.2021 r.
(PISMO NR WSPRiTS/ZP/50/2021)

Warszawa, dnia r.

FORMULARZ OFERTOWY**Wykonywanie świadczeń zdrowotnych w zakresie ratownictwa medycznego
w ramach podwykonawstwa w Rejonie Operacyjnym nr 14/01
w obszarach działania Legionowo, Jabłonna, Zegrze, Serock**

NAZWA OFERENTA.....

ADRES.....

Legionowo, Jabłonna, Zegrze, Serock

Wynagrodzenie za jedną dobę zespołu ratownictwa medycznego w okresie od 01.04.2021 r. do 31.12.2022 r.:

- specjalistycznego.....zł (słownie:.....zł)
- podstawowego.....zł (słownie:.....zł)
- podstawowego czasowegozł (słownie:.....zł)

Rodzaj zespołu	Ilość zespołów	Ilość dni*	Stawka za 1 dobę	Wartość
S	1	275		
P	3	275		
P-czasowy	1	275		
Razem:				

*do 31.12.2022

Oświadczam, że posiadam odpowiednie uprawnienia i kwalifikacje niezbędne do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem umowy.

.....
(pieczętka, podpis Oferenta)