

.....
miejsowość.....
data

FORMULARZ CENOWY

1. Dane Oferenta

- 1.1.
/nazwa, siedziba/
- 1.2. NIP REGON
- 1.3. Organ rejestrowy i nr wpisu do KRS/ewidencji działalności gospodarczej (w przypadku braku nr należy wpisać nazwę pod jaką firma jest wpisana)
- 1.4. Adres e-mail
- tel. fax
- 1.5. Osoba upoważniona do podpisania umowy:
- na podstawie
- /nazwa i ew. nr dokumentu/

2. Zamawiający:

Szpital Miejski w Siemianowicach Śląskich Sp. z o.o.
ul. 1-go Maja 9 ; 41-100 Siemianowice Śl.

3. Proponowany termin realizacji umowy : 1.02.2018-31.12.2018

4. Przedmiot zamówienia:

Przedmiotem zamówienia jest świadczenie usług doradztwa prawnego przez osoby posiadające odpowiednie przygotowanie oraz prawo wykonywania zawodu radcy prawnego lub adwokata. Zakres świadczonych usług obejmuje udzielanie porad prawnych, sporządzanie opinii prawnych w zakresie działania jednostki dla organów Spółki i pracowników zgodnie z potrzebami Spółki, reprezentowanie Spółki przed sądami oraz organami administracji, w tym przed Komisją ds. Zdarzeń Medycznych, a także doradztwo dla Rady Nadzorczej Spółki i opracowywanie dokumentów dla organów Spółki.

5. Proponowana cena ryczałtowa (miesięczna):

..... netto, VAT, brutto:
..... (słownie:))

6. Oświadczam, iż w okresie ostatnich 3 lat świadczyliśmy usługi dla podmiotów leczniczych:

.....
z czego miał status spółki z udziałem jednostki samorządu terytorialnego. Wykonaliśmy też 5 zastępstw w sprawach sądowych, których przedmiotem były roszczenia w zakresie szkód medycznych tj.
oraz 5 sprawach przed Komisją ds. Zdarzeń Medycznych
tj.

7. Oświadczam, że uważam się za związanego niniejszą ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.**8. Oświadczam, iż zapoznałem(am) się z treścią Zaproszenia do złożenia oferty cenowej i nie zgłaszam żadnych zastrzeżeń.**

.....
pieczętka i czytelny podpis Oferenta lub osoby upoważnionej
do reprezentacji Oferenta

