**SPZPOZ.4240.11.2023**

**Załącznik nr 1**

**do Szczegółowych Warunków Konkursu Oferty**

**o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne**

**FORMULARZ OFERTOWY**

**na udzielenie świadczeń zdrowotnych wykonywanych na rzecz**

**Samodzielnego Publicznego Zakładu Podstawowej Opieki Zdrowotnej w Muszynie**

1. **Imię i nazwisko:**

**. .**

1. **Adres praktyki lekarskiej:**

**. .**

**. .**

1. **NIP: . .**
2. **REGON:** **. .**
3. **Numer telefonu: . .**
4. **Prawo wykonywania zawodu nr . .**

**wydane przez . .**

1. **Kwalifikacje zawodowe (stopień specjalizacji, zakres, data uzyskania):**

**. .**

**. .**

**. .**

1. **Dodatkowe uprawnienie i kwalifikacje:**

**. .**

**. .**

1. **Oferowane świadczenia w zakresie (wpisać zakres i rodzaj świadczeń zdrowotnych):**

**. .**

**. .**

1. **Oferowane miejsce wykonywania świadczeń:**

**. .**

1. **Oferowana dostępność. . tygodniowo:**

**GABINET:**

* + - Poniedziałek w godz. od . . do . .
    - Wtorek w godz. od . . do . .
    - Środa w godz. od . . do . .
    - Czwartek w godz. od . . do . .
    - Piątek w godz. od . . do . .

1. **Proponowana cena brutto za 1 punkt kontraktowy**:

**. .**

1. **Proponowana forma zatrudnienia (zaznaczyć właściwe):**

umowa kontraktowa

umowa zlecenie

1. **Odpisy aktualnych dokumentów kwalifikacyjnych – załączam do oferty.**

. .

data i podpis osoby upoważnionej

do składania oświadczeń woli

\*niepotrzebne skreślić