

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 nazwisko:

2. Adres Praktyki Lekarskiej:

3. NIP REGON TEL.

4. Prawo wykonywania zawodu nr

wydane przez.....

5. Kwalifikacje zawodowe (stopień specjalizacji, zakres, data uzyskania)

.....
.....

6. Dodatkowe kwalifikacje i uprawnienia

.....

7. Oferowane świadczenia w zakresie (wpisać zakres i rodzaj świadczeń zdrowotnych)

.....

8. Oferowane miejsce wykonywania świadczeń

.....

9. Oferowana dostępność (7 godzin dziennie):

- 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

10. Proponowana cena brutto za 1 godzinę pracy (brutto):

11. Odpisy aktualnych dokumentów kwalifikacyjnych – załączam do oferty.

.....
data i podpis osoby upoważnionej do składania oświadczeń woli