

Załącznik nr 1
do Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert
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:

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:

- Wtorek w godz.
- Środa w godz.
- Czwartek w godz.
- Piątek w godz.
- Sobota w godz.

łącznie oferowana liczba godzin w tygodniu

10. Proponowana cena ryczałtowa brutto za 1 miesiąc:

.....

11. Odpisy aktualnych dokumentów kwalifikacyjnych – załączam do oferty.

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