

**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 wynagrodzenia za zrealizowane świadczenia zdrowotne w wymiarze 7 godzin pracy w każdym dniu roboczym w miesiącu (kwota brutto) .....**

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

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