

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 / położnej*

.....

3. NIP **REGON** **TEL.**

4. Prawo wykonywania zawodu nr.....

wydane przez.....

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

.....

.....

.....

6. Dodatkowe uprawnienie i kwalifikacje

.....

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

.....

8. Oferowane miejsce wykonywania świadczeń

.....



9. 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

WIZYTY DOMOWE:

- 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):

lub

- miesięcznie (ryczałt):

11. Proponowana forma zatrudnienia (zaznaczyć właściwe) :

- umowa kontraktowa
- umowa zlecenie

11. Odpisy aktualnych dokumentów kwalifikacyjnych – załączam do oferty.

* niepotrzebne skreślić

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

