

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:

- 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 .....
- Sobota w godz. od ..... do .....

**łącznie oferowana liczba godzin w tygodniu .....**

**10. Proponowana cena ryczałtowa brutto miesięcznie – .....**

**lub**

**Proponowana cena brutto za 1 godzinę pracy – .....**

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

- umowa kontraktowa
- umowa zlecenie

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

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