

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 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

10. Proponowana cena brutto miesięcznie za pracę w gabinecie stomatologicznym:

a) 1 etat/ miesiąc.....

b) 0,5 etatu /miesiąc.....

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