

**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**

.....

**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 za 1 punkt rozliczeniowy (brutto): .....**

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

- umowa kontraktowa
- umowa zlecenie

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

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

