

....., dnia

FORMULARZ OFERTOWY

Nazwa / Imię i Nazwisko:

Siedziba / Adres:

Numer telefonu:

Numer NIP:

Numer REGON:

Nawiązując do ogłoszenia o konkursie ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych oferuję usługi medyczne w zakresie

wymiar (ilość godzin).....

Harmonogram tygodniowy

.....

.....

.....

w cenie brutto za godzinę udzielania oferowanych świadczeń zdrowotnych.

Usługi medyczne w ramach dyżurów lekarskich:

Dyżur zwykły wewnętrzny/ godz.

Dyżur świąteczny wewnętrzny/godz.

Dyżur zwykły w Izbie Przyjęć /godz.

Dyżur świąteczny w Izbie Przyjęć/ godz.

1.Oświadczam, iż zapoznałem(łam) się z treścią ogłoszenia.

***W załączeniu komplet dokumentów poświadczonych za zgodność z oryginałem.**

(podpis Oferenta lub osoby upoważnionej)

.....