

....., 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.

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

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

.....

(podpis Oferenta lub osoby upoważnionej)