

FORMULARZ OFERTOWY
na kierowanie oddziałem i udzielanie świadczeń zdrowotnych
w Oddziale Internistycznym odcinek „A”, Oddziale Internistycznym odcinek „B”,
Oddziale Pediatrycznym

1. Dane oferenta

<i>Imię i Nazwisko lub Nazwa Firmy</i>			
<i>Adres siedziby firmy</i>			
<i>PESEL</i>		<i>NIP</i>	
<i>Nr prawa wykonywania zawodu</i>		<i>Telefon kontaktowy</i>	
<i>Posiadana/e specjalizacja/e</i>			

2. Oferuję kierowanie oddziałem i udzielanie świadczeń zdrowotnych w oddziale:

<i>Podać nazwę oddziału:</i>	
------------------------------	--

3. Stawka za godzinę świadczenia usług:

<i>Stawka za godzinę kierowania oddziałem i udzielania świadczeń zdrowotnych w oddziale :</i>	- PLN
---	-------------

Dokumenty wymagane w dziale VIII szczegółowych warunków konkursu ofert na kierowanie oddziałem i udzielanie świadczeń zdrowotnych:

- 1).....
- 2).....
- 3).....
- 4).....
- 5).....
- 6).....
- 7).....
- 8).....
- 9).....

a) oświadczam, że zapoznałem/łam się z treścią ogłoszenia o konkursie, szczegółowymi warunkami

konkursu ofert oraz projektem umowy i nie zgłaszam zastrzeżeń

b) jestem gotowy/a do realizacji świadczeń podanych w ofercie w okresie wskazanym w warunkach konkursu ofert

c) jestem związany/a niniejszą ofertą przez okres 60 dni od daty upływu terminu składania ofert.

.....
(Miejscowość, data sporządzenia oferty)

.....
(Podpis: imię i nazwisko oferenta)