

FORMULARZ OFERTOWY
w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych przez lekarzy
w *Specjalistycznych Zespołach Ratownictwa Medycznego*

1. Dane oferenta

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

2. Stawka za godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w Specjalistycznych Zespołach Ratownictwa Medycznego:

| <i>*</i> | <i>W ramach Ordynacji</i> | <i>W ramach Dyżuru</i> |
|---------------------------|---------------------------|------------------------|
| <i>Stawka za godzinę:</i> | - PLN | - PLN |

**propozycja cenowa może dotyczyć obu zakresów (zabezpieczenie w ramach ordynacji oraz dyżuru) lub jednego wybranego (osobno zabezpieczenie w ramach ordynacji lub samego dyżuru)*

3. Dokumenty wymagane w dziale VIII szczegółowych warunków konkursu ofert na 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)