

OFERTA
na udzielanie świadczeń zdrowotnych
w nocnej i świątecznej opiece zdrowotnej na rzecz POZ

Imię i nazwisko oferenta

.....

Nr telefonu do kontaktu

Adres e-mail

.....

Nazwa indywidualnej praktyki lekarskiej

.....

Nr REGON

.....

Nr NIP

Nr PESEL

.....

Nr wpisu do rejestru indywidualnych praktyk lekarskich w rejestrze IL

.....

Miejsce zamieszkania

.....

Adres siedziby indywidualnej praktyki lekarskiej, jeżeli jest inny niż miejsce zamieszkania

.....

Nr prawa wykonywania zawodu lekarza i data wydania

.....

Nazwa i stopień posiadanej specjalizacji z datą wydania dyplomu lub nazwa odbywanej specjalizacji z datą rozpoczęcia specjalizacji, w innym przypadku proszę wpisać „bez specjalizacji”

.....

.....

Posiadane certyfikaty, kursy, szkolenia:

.....

.....

Oferent deklaruje następującą ilość godzin dyżurów:

- miesięcznie godzin

(słownie:) (minimum 51 godz.)

w tym:

- w dni powszednie godzin miesięcznie

(słownie:) (minimum 28 godz.)

- w soboty, niedziele i święta godzin miesięcznie

(słownie:) (minimum 23 godz.)

Propozycja cenowa oferenta za godzinę świadczenia na rzecz udzielającego zamówienia:

	dni powszednie	soboty, niedziele i święta
Lekarz nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej w Czechowicach-Dziedzicach	zł/godz	zł/godz
Lekarz nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej w Szczyrku i Jasienicy	zł/godz	zł/godz
Lekarz nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej w Kobiernicach	zł/godz	zł/godz

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis oferenta)

Do oferty załączam następujące dokumenty :

1.

2.

3.

4.

5.

6.