

OFERTA
na udzielanie świadczeń zdrowotnych
w ramach Poradni Lekarza Rodzinnego

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:

.....

.....

Doświadczenie w pracy w Poradni Lekarza Rodzinnego:

.....
.....

Oferent deklaruje następującą ilość godzin dyżurów:

- miesięcznie godzin

(słownie:) (**minimum 6 godz.**)

Propozycja cenowa oferenta za godzinę świadczenia na rzecz udzielającego zamówienia:

	dni powszednie
Lekarz Podstawowej Opieki Zdrowotnej w Poradni Lekarza Rodzinnego	zł/godz.

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis oferenta)

Do oferty załączam następujące dokumenty:

1.
2.
3.
4.
5.
6.