

OFERTA
na udzielanie świadczeń zdrowotnych
w zespołach specjalistycznych ratownictwa medycznego

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:

ALS tak/nie* data uzyskania, inne:

.....

Oferent deklaruje następującą ilość godzin dyżurów:

- - miesięcznie godzin

(słownie:) (minimum 55 godz.)

w tym:

- w dni powszednie w godz. 7⁰⁰-15⁰⁰ godzin miesięcznie

(słownie:) (minimum 16 godz.)

- w dni powszednie godzin miesięcznie

(słownie:) (minimum 16 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 systemu w Zespole Ratownictwa Medycznego w stacji Bielsko-Biała	zł/godz.	zł/god
Lekarz systemu w Zespole Ratownictwa Medycznego w stacji Kobiernice	zł/godz.	zł/god

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis oferenta)

Do oferty załączam następujące dokumenty :

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