

**FORMULARZ OFERTOWY**  
**na udzielanie świadczeń zdrowotnych i usługi na rzecz pacjentów**  
**Miejskiej Przychodni Zdrowia w Barczewie**

**Dane identyfikacyjne Oferenta:**

Imię .....

Nazwisko .....

PESEL .....

Nr prawa wykonywania zawodu .....

Specjalizacja w dziedzinie.....

Nr dokumentu specjalizacji .....

Posiadany tytuł naukowy .....

Nr z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą .....

NIP ..... REGON.....

Nr telefonu .....

Adres praktyki / działalności gospodarczej

.....  
.....

Adres do korespondencji (o ile nie pokrywa się z adresem praktyki / działalności gospodarczej)

.....  
.....

Numer rachunku bankowego:

.....

Nawiązując do ogłoszenia Nr.....z dnia .....  
o konkursie ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie:

.....

Proponowana stawka za udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie objętym konkursem:

- a) .....**brutto** (słownie: ..... 00/100) za każdą godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych,

**Deklarowana** średniomiesięczna **liczba godzin** realizowanych w okresie trwania umowy:

okres od dnia zawarcia umowy do 31.12.2022 .....

okres od 01.01.2023 do 28.04.2023 .....

**Doświadczenie zawodowe** w zakresie świadczenia , którego dotyczy oferta (odpowiednie zakreślić)

- do 1 roku  
 od 1 do 5 lat  
 powyżej 5 lat

**Dodatkowe kwalifikacje** w zakresie świadczenia, którego dotyczy oferta ( certyfikaty, kursy, szkolenia itp.):

.....  
.....

Okres zawarcia umowy: .....

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(podpis i pieczęć Oferenta)