

FORMULARZ OFERTOWY
na udzielanie świadczeń zdrowotnych
W ZAKRESIE PIELĘGNIARSTWA W RAMACH PORADNI MEDYCZYNY RODZINNEJ
w 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:

..... **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 r. godzin

okres od 01.01.2023 do 28.04.2023 godzin

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:

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis i pieczęć Oferenta)