

OFERTA
na wykonywanie usług medycznych w Samodzielnym Publicznym
Zakładzie Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych
z Warmińsko-Mazurskim Centrum Onkologii w Olsztynie

1'. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia

Podpis oferenta

2. Nazwa i siedziba działalności

.....

3. Numer telefonu

4. REGON

5. NIP

6. Imię i nazwisko

7. Nr wpisu do właściwego rej estru

8. Nr prawa wykonywania zawodu

9. Wykonywanie usług w zakresie

10. Proponowana kwota należności za realizację zamówienia

• Miesięczna

• Dyżur świąteczny

• Dyżur zwykły

• Inne

11. Urlopy:

• Wypoczynkowy

• Szkoleniowy

12. Proponowany czas trwania umowy

13. Załączniki-kserokopie !dyplom, prawo wykonywania zawodu, posiadane specjalizacje,
kursy, REGON, NIP, wpis do właściwego rejestru!

Data

.....

Podpis oferenta