**FORMULARZ CENOWY**

1. Nazwa i siedziba działalności

……………………………………………………………………………………………….......

…………………………………………………………………………………………………...

1. Numer telefonu…………………………………………………..
2. REGON…………………………………………………………..
3. NIP……………………………………………………………….
4. Imię i Nazwisko………………………………………………….
5. Nr wpisu do ewidencji działalności gospodarczej……………….
6. Nr wpisu do właściwego rejestru………………………………...
7. Nr prawa wykonywania zawodu…………………………………
8. Proponowany czas trwania umowy……………………………...
9. Proponowana stawka za udzielanie świadczeń zdrowotnych w SP ZOZ MSW z W-M CO   
   w Olsztynie:
10. STAWKA GODZINOWA:…………………………….
11. **STAWKA GODZINOWA ZA DYŻUR:** ……………...
12. Minimalna ilość godzin udzielonych w miesiącu/tygodniu wykonywania świadczeń: ………………………………………………………………………………………………..
13. Przyjmującemu zamówienie przysługuje w ciągu każdego, pełnego roku obowiązywania umowy ……... dni nieodpłatnej przerwy w pracy.

……………………….

data i podpis Oferenta

Oświadczam, że zapoznałem/am się z treścią ogłoszenia …………………………

podpis Oferenta