

**FORMULARZ CENOWY –  
DO KONTRAKTU NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ MEDYCZNYCH**

1. Nazwa i siedziba działalności

.....  
.....

2. Numer telefonu.....

3. REGON.....

4. NIP.....

5. Imię i Nazwisko.....

6. Nr wpisu do ewidencji działalności gospodarczej.....

7. Nr wpisu do właściwego rejestru.....

8. Nr prawa wykonywania zawodu.....

9. Proponowany czas trwania umowy.....

10. Proponowana stawka za udzielanie świadczeń zdrowotnych w SP ZOZ MSW z W-M CO  
w Olsztynie:

**I. STAWKA GODZINOWA:**.....

1. Minimalna ilość godzin udzielonych w tygodniu wykonywania świadczeń: **12 h.**

2. 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