

**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. RYCZAŁT:

II. STAWKA GODZINOWA:.....

III. STAWKA GODZINOWA ZA DYŻUR:

IV. ŚWIADCZENIA W AOS:

1. Minimalna ilość godzin udzielonych w miesiącu/tygodniu wykonywania świadczeń:

.....

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