

**FORMULARZ CENOWY –
DO KONTRAKTU MENADŻERSKIEGO**

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 kierowanie i koordynowanie udzielania świadczeń zdrowotnych w niżej wymienionych komórkach organizacyjnych SP ZOZ MSW z W-M CO w Olsztynie:

a) Oddział Kliniczny Chemioterapii z Ośrodkiem Chemioterapii Jednodniowej

w wysokości:

11. Przyjmującemu zamówienie, z tytułu kierowania i koordynowania świadczeń zdrowotnych w wymienionych komórkach organizacyjnych (pkt.10) 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