

## FORMULARZ CENOWY

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:**.....

**II. STAWKA GODZINOWA ZA DYŻUR:** .....

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