

**ZAŁĄCZNIK NR 1  
do SWKO**

**FORMULARZ OFERTOWY**

**DANE OFERENTA:**

Imię i Nazwisko:.....

Nazwa, siedziba i adres prowadzenia działalności gospodarczej (zgodnie z CEIDG lub KRS):

.....

.....

Telefon: .....

e-mail : .....

NIP:.....

REGON: .....

Oferuję udzielanie świadczeń zdrowotnych lekarza w zakresie: dyżury lekarskie w lokalizacji SP ZOZ Sanatorium Uzdrowskie MSWiA w Sopocie ul. Bitwy pod Płowcami 63/65 81-731 Sopot

Lp.	Zakres, na który jest składana oferta	Wskazanie Oferenta	Proponowane wynagrodzenie za świadczenie usług zdrowotnych/Oferowana liczba godzin świadczenia usług	
1.	2.	3.	4.	5.
1.	<b>Udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach kontraktu w rodzaju dyżury lekarskie</b>		stawka za 1h świadczenia dyżuru lekarskiego	Oferowana liczba godzin świadczenia usług w przedziale od min-do max w miesiącu

.....

Miejscowość, data

.....

Podpis oferenta