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 Uzdrowiskowe 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.	**Udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach kontraktu w rodzaju dyżury lekarskie**		stawka za 1h świadczenia dyżuru lekarskiego	Oferowana liczba godzin świadczenia usług w przedziale od min-do max w miesiącu

…….. ……

Miejscowość, data Podpis oferenta