

Formularz oferty

Dane OFERENTA:

1. Nazwa/Imię i nazwisko Oferenta:
2. NIP Oferenta:
3. REGON/PESEL Oferenta:
4. Nazwisko osoby upoważnionej do kontaktów:
5. Ulica, nr lokalu:
6. Kod pocztowy i miejscowość:
7. Telefon kontaktowy:
8. Poczta elektroniczna (e-mail):

Lp.	Rodzaj świadczenia zdrowotnego	Proponowana cena brutto za jedną godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w Dziale Psychiatrii.	Proponowany wymiar czasu udzielania świadczeń zdrowotnych w Dziale Psychiatrii.
1.	Świadczenie usług zdrowotnych przez Przyjmującego Zamówienie, podmiot wykonujący działalność leczniczą, lub osobę posiadającą wymagane kwalifikacje i uprawnienia w charakterze lekarza w trakcie specjalizacji, wykonywane w Dziale Psychiatrii.	1. W podstawowym czasie świadczenia usług w dni robocze:zł/godz. brutto. 2. W podstawowym czasie świadczenia usług w soboty i dni ustawowo wolne od pracy:zł/godz. brutto.	1. W podstawowym czasie świadczenia usług w dni robocze: godz./mies. 2. W podstawowym czasie świadczenia usług w soboty i dni ustawowo wolne od pracy: godz./mies. Medycznego

WICEPREZES
 Miłickiego Centrum Medycznego
 Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością
 Andrzej Ociewła

Miejscowość, data:

.....
 Pieczęć i podpis Oferenta lub osoby
 upoważnionej do reprezentowania Oferenta