

Formularz oferty**I. Dane Oferenta :**

1. Imię i nazwisko
2. PESEL tel. kontaktowy :
3. Adres zamieszkania:.....
4. Numer wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą
5. Regon: NIP.....
6. Nazwa, siedziba i nr działalności gospodarczej:.....
.....
7. Numer prawa wykonywania zawodu:
8. Specjalizacja

II. Proponowane warunki umowy:

1. Czas trwania umowy /od-do/.....
2. Liczba godzin pracy/tydzień
3. Stawka za 1 godz. pracy (brutto).....

Proponowany czas wykonywania świadczeń w siedzibie Zamawiającego w dniach i godz. (od 8⁰⁰ do 18⁰⁰):

	liczba godz.	od godz.	do godz.
poniedziałek			
wtorek			
środa			
czwartek			
piątek			
Razem tygodniowo :			

Oświadczam, iż zapoznałem/am się z treścią ogłoszenia, szczegółowymi warunkami konkursu oraz zasadami ustalania należności za świadczenia zdrowotne i nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celach związanych z zawarciem umowy cywilno-prawnej.

.....
data i podpis Oferenta