

FORMULARZ OFERTOWY

Składam ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych leżących w kompetencjach i uprawnieniach **LEKARZY SYSTEMU W WYJAZDOWYCH SPECJALISTYCZNYCH ZESPOŁACH RATOWNICTWA MEDYCZNEGO „S”** w Specjalistycznych Zespołach Ratownictwa Medycznego w Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego w Poznaniu SP ZOZ z siedzibą przy ul. Rycerskiej 10.

1. PEŁNA NAZWA OFERENTA (IMIĘ, NAZWISKO, NAZWA FIRMY):
2. ADRES OFERENTA I SIEDZIBA FIRMY:
3. OZNACZENIE ORGANU DOKONUJĄCEGO WPISU:
4. PESEL:
5. NIP:
6. REGON:
7. NR TELEFONU:
8. ADRES E-MAIL:

1. Oferuję następujące stawki podstawowe za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w charakterze:

a) zł brutto w dni powszednie,
słownie:

b) zł brutto w soboty, niedziele i święta,
słownie:

2. Oferowana liczba godzin udzielanych świadczeń zdrowotnych w każdym miesiącu – (minimalna liczba godzin nie może być niższa niż 96) – podać liczbę:

a)

3. W załączeniu przedkładam następujące dokumenty:

- 1)
- 2)
- 3)
- 4)
- 5)
- 6)
- 7)
- 8)

Poznań, dnia

.....

Podpis Oferenta