

FORMULARZ OFERTOWY
na konkurs ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie:

.....

w Gminnym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Pawłowie

I. Dane Oferenta

1. Pełna nazwa i siedziba Oferenta
-
2. Imię i nazwisko Oferenta
3. Adres do korespondencji
4. Nr telefonu
5. Nr prawa wykonywania zawodu
6. Nr wpisu do właściwego rejestru
7. Organ dokonujący wpisu
8. Nr REGON
9. Nr NIP

II. Kwalifikacje zawodowe

- Lekarz w trakcie specjalizacji
- Lekarz z tytułem specjalisty I stopnia
- Lekarz z tytułem specjalisty II stopnia lub lekarz specjalista

III. Rodzaj świadczenia:

| | | |
|--------------------------------|--|-------|
| Cena za 1 godzinę lub 1 pkt | Świadczenia zdrowotne w ramach ginekologii i położnictwa | |
| | Świadczenia zdrowotne w ramach podstawowej opieki zdrowotnej | |

IV. Proponowane dni i godziny pracy:

| poniedziałek | wtorek | środa | czwartek | piątek |
|--------------|--------|-------|----------|--------|
| | | | | |

V. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia oraz „Szczegółowymi warunkami konkursu ofert” i nie zgłaszam do nich zastrzeżeń.

VI. Oświadczam, iż w przypadku wybrania mojej oferty zobowiązuję się do przedłożenia kopii ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone przy udzielaniu oferowanego świadczenia medycznego.

Pawłów, dnia r.

.....
podpis Oferenta