

FORMULARZ OFERTY

Zgłaszam ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych na rzecz pacjentów Szpitala Powiatowego im. dr Tytusa Chałubińskiego w Zakopanem:

Dane oferenta:

Imię i nazwisko oferenta

Nazwa oferenta zgodnie z dokumentami rejestrowymi

Adres siedziby firmy:

Kod: miejscowość:

Ulica i numer domu:

Numer telefonu: e-mail:

NIP: REGON:

Specjalizacja w dziedzinie (stopień):

Adres do korespondencji (w przypadku, gdy jest inny niż adres jw.)

Kod: miejscowość:

Ulica i numer domu:

Numer telefonu: e-mail:

1. Proponuję następujące warunki wynagrodzenia:

- 1) wykonywania obowiązków Zastępcy Kierującego i Koordynatora Oddziału w wysokości miesięcznie,
- 2) udzielania świadczeń zdrowotnych w Szpitalu i Oddziale - w wysokości..... za godzinę

.....
(podpis i pieczęć osoby uprawnionej do podpisania i złożenia oferty)