

FORMULARZ CENOWY

1. Nazwa i siedziba działalności

.....
.....

2. Numer telefonu.....

3. REGON.....

4. NIP.....

5. Imię nazwisko.....

6. Numer pesel.....

7. Nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą *(jeżeli dotyczy)*

.....

8. Nr prawa wykonywania zawodu *(jeżeli dotyczy)*

9. Proponowany czas trwania umowy.....

10. Proponowana stawka za udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza specjalistę w Klinice Onkologii i Immunoonkologii z Oddziałem Dziennym Terapii Onkologicznej oraz w Poradni Onkologicznej i w Poradni Chemioterapii w SK MSWiA z W-MCO w Olsztynie:

1) udzielanie świadczeń zdrowotnych w Klinice i Poradni - stawka godzinowa brutto:
.....

2) dyżur medyczny - stawka godzinowa brutto:

3) pełnienie funkcji lekarza kierującego – ryczałt miesięcznie brutto:

11. Średniomiesięczna liczba godzin udzielania świadczeń zdrowotnych w ordynacji podstawowej:
.....

12. Liczba dyżurów w miesiącu: wg harmonogramu.

(data i podpis Oferenta)

Oświadczam, że zapoznałem/am się z treścią ogłoszenia

(podpis Oferenta)