

**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 Radioterapii oraz w Poradni Radioterapii w SK MSWiA z W-MCO w Olsztynie:

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

2) dyżur medyczny w Klinice – stawka godzinowa brutto: .....

3) koordynowanie Kliniką – ryczałt miesięcznie brutto: .....

11. Minimalna liczba godzin udzielania świadczeń zdrowotnych w miesiącu w ordynacji podstawowej: .....

12. Liczba dyżurów: wg harmonogramu.

\_\_\_\_\_  
(data i podpis Oferenta)

Oświadczam, że zapoznałem/am się z treścią ogłoszenia

\_\_\_\_\_  
(podpis Oferenta)