

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 przez lekarza specjalistę w SK MSWiA z W-MCO w Olsztynie:

1) udzielanie świadczeń zdrowotnych w Klinice Radioterapii, Zakładzie Radioterapii - stawka godzinowa brutto:

2) udzielanie świadczeń zdrowotnych w Poradni Radioterapii - stawka godzinowa brutto:

11. Minimalna liczba godzin udzielania świadczeń w miesiącu:

(data i podpis Oferenta)

Oświadczam, że zapoznałem/am się z treścią ogłoszenia

(podpis Oferenta)