

.....  
*pieczęć oferenta*

**Załącznik nr 1**

**Formularz ofertowy**

na udzielanie świadczeń zdrowotnych w Poradni ..... przy ul. ....  
w Samodzielnym Publicznym Zespole Opieki Zdrowotnej w Kędzierzynie – Koźlu

**I. Dane Oferenta:**

Zarejestrowana nazwa Oferenta

.....

Zarejestrowany adres Oferenta

.....

**II. Przedmiot Oferty:**

1) Oferta cenowa:

| Lp. | Zakres świadczeń   | Wynagrodzenie - cena jednostki rozliczeniowej |
|-----|--|---|
| 1.  | Świadczenia udzielane przez lekarza w <b>PORADNI</b><br>.....<br>(nazwa i adres poradni) | .....<br>(słownie: .....<br>.....)            |

2) Harmonogram pracy lekarza w Poradni .....:

**Imię i nazwisko lekarza:**

.....

| Lp | Dzień tygodnia | Od godz. | Do godz. |
|----|----------------|----------|----------|
| 1. | Poniedziałek   |          |          |
| 2. | Wtorek         |          |          |
| 3. | Środa          |          |          |
| 4. | Czwartek       |          |          |
| 5. | Piątek         |          |          |

.....  
*miejsce i data*

.....  
*podpis i pieczęć Oferenta*