

.....  
pieczęć oferenta

### Formularz ofertowy

na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie konsultacji specjalistycznych  
na rzecz pacjentów SP ZOZ w Kędzierzynie – Koźlu

#### I Dane Oferenta:

Zarejestrowana nazwa i adres Oferenta

.....  
.....

#### II Przedmiot Oferty:

Zgłaszam swoją ofertę na wykonywanie świadczeń w zakresie:  
**KONSULTACJI TORAKOCHIRURGICZNYCH** na rzecz pacjentów SP ZOZ Kędzierzyn – Koźle

#### III Oferta cenowa

Zakres świadczeń	Wynagrodzenie
Świadczenia zdrowotne w zakresie konsultacji torakochirurgicznych	..... – za 1 konsultację słownie: .....

#### Harmonogram czasu pracy

L.p.	Dzień tygodnia	Od godz.	Do godz.
1	Poniedziałek		
2	Wtorek		
3	Środa		
4	Czwartek		
5	Piątek		

#### Wykaz osób/dane osoby wykonujących konsultacje, kwalifikacje zawodowe:

L.p.	Imię i nazwisko	Kwalifikacje
1		
2		
3		
4		
5		

.....  
Data i podpis oferenta