

.....
pieczęć oferenta

Formularz ofertowy

Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza
w związku z realizacją Programu Lekowego – **leczenie neowaskularnej (wysiękowej) postaci
zwyrodnienia plamki związanego z wiekiem (AMD) - okulistyka**

I Dane Oferenta:

Zarejestrowana nazwa i adres Oferenta

.....

.....

II Kryteria oceny:

CENA

Oświadczam, że oferuję następujące wymiar zatrudnienia i stawki za wykonanie przedmiotu zamówienia:

<i>Wyszczególnienie</i>	<i>Oferowana stawka brutto</i>
<i>Stawka godzinowa za udzielanie świadczeń zdrowotnych</i>zł/godz. złotych słownie:

OFEROWANY HARMONOGRAM

Lp.	Dzień tygodnia	Od godz.	Do godz.	Ilość godz.
1.	Poniedziałek			
2.	Wtorek			
3.	Środa			
4.	Czwartek			
5.	Piątek			
Razem: (należy wpisać ilość godzin łącznie tygodniowo)				

.....
miejsce i data

.....
podpis i pieczęć oferenta