

.....
pieczęć oferenta

Formularz ofertowy

na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie konsultacji psychiatrycznych
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 PSYCHIATRYCZNYCH w oddziałach szpitalnych SP ZOZ Kędzierzyn – Koźle

III Oferta cenowa :

Zakres świadczeń	Wynagrodzenie za 1 konsultację
Świadczenia zdrowotne w zakresie konsultacji psychiatrycznych 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