

.....
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 PORADNI (nazwa i adres poradni)	 (słownie:)

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



Imię i nazwisko lekarza:

.....

Lp	Dzień tygodnia	Od godz.	Do godz.
6.	Poniedziałek		
7.	Wtorek		
8.	Środa		
9.	Czwartek		
10.	Piątek		

Imię i nazwisko lekarza:

.....

Lp	Dzień tygodnia	Od godz.	Do godz.
11.	Poniedziałek		
12.	Wtorek		
13.	Środa		
14.	Czwartek		
15.	Piątek		

Imię i nazwisko lekarza:

.....

Lp	Dzień tygodnia	Od godz.	Do godz.
16.	Poniedziałek		
17.	Wtorek		
18.	Środa		
19.	Czwartek		
20.	Piątek		

.....
miejsce i data

*) niepotrzebne skreślić

.....
podpis i pieczęć Oferenta