

**ARKUSZ OFERTOWY LEKARZA RM, NOCNEJ I ŚWIĄTECZNEJ OPIEKI
ZDROWOTNEJ, W WYJAZDOWYM ZESPOLE SANITARNYM TYPU „N”**

Dane o ofercie:

.....
Nazwa i siedziba ZOZ Nr wpisu do rejestru ZOZ
lub

.....
Imię i Nazwisko, adres oraz Nr wpisu do właściwego rejestru i oznaczenia organu
dokonującego wpisu – w odniesieniu do osób o których mowa w art. 35 ust. 1 pkt. 1 i 2
ustawy o Z O Z-ach

Wskazanie liczby i kwalifikacji zawodowych (kserokopie: dyplomu, **prawa wykonywania
zawodu – lekarza, wpisu działalności gospodarczej, specjalizacja lub karta specjalizacji
w załączeniu**

Proponowaną kwotę należności za realizację zamówienia, z ewentualną kalkulacją.

W zespołach ratownictwa medycznego

W dni powszednie-zł
Soboty niedziele i święta-zł

W ramach nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej

W dni powszednie 18.00 – 8.00 -zł
Soboty niedziele i święta -zł

w Wyjazdowym Zespole Sanitarnym Typu „N”

W dni powszednie-zł
Soboty niedziele i święta-zł

Proponowany czas trwania umowy.
.....

..... *podać proponowaną liczbę godzin świadczonych usług w miesiącu*

Numery NIPREGON..... PESEL
staż pracy w zawodzie adres zamieszkania
.....

Wyrażam zgodę na umieszczenie w ogłoszeniu o wynikach konkursu danych na stronach
internetowych

.....
pieczętka

.....
podpis