

Formularz oferty

Dane OFERENTA:

1. Nazwa/Imię i nazwisko Oferenta: .....
2. NIP Oferenta: .....
3. REGON/ PESEL Oferenta: .....
4. Nazwisko osoby upoważnionej do kontaktów: .....
5. Ulica, nr lokalu: .....
6. Kod pocztowy i miejscowość: .....
7. Telefon kontaktowy: .....
8. Poczta elektroniczna (e-mail): .....

Lp.	Rodzaj świadczenia zdrowotnego	Proponowana cena brutto za jedną godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w Dziale Psychiatrii.
1.	Świadczenie usług zdrowotnych przez Przyjmującego Zamówienie, podmiot wykonujący działalność leczniczą, lub osobę posiadającą wymagane kwalifikacje i uprawnienia w charakterze lekarza w trakcie specjalizacji, wykonywane w Dziale Psychiatrii.	1. W podstawowym czasie świadczenia usług w dni robocze: .....zł/godz. brutto. 2. W podstawowym czasie świadczenia usług w soboty i dni ustawowo wolne od pracy: .....zł/godz. brutto.

  
**WICEPREZES**  
 Milickiego Centrum Medycznego  
 Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością  
 Andrzej Sztandera

Miejscowość, data: .....

.....  
 Pieczęćka i podpis Oferenta lub osoby upoważnionej do reprezentowania Oferenta