



4. Nr prawa wykonywania  
zawodu.....

5. PESEL  
.....

6. NIP  
.....

7. Specjalizacja w zakresie (stopień specjalizacji)  
.....

lub otwarta specjalizacja ( od ..... ) z zakresu  
.....

8. Telefon kontaktowy .....

9. Oferent posiada aktualne obowiązkowe ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej (OC)\*

Oferent zobowiązuje się do przedłożenia kopii polisy OC na dzień podpisania umowy.\*

( \* niepotrzebne skreślić )

10. Niniejszym składam ofertę na udzielenie świadczeń w zakresie :

.....  
....

na poniższych  
warunkach:.....

· Wskazanie liczby, kwalifikacji, kompetencji i doświadczenia zawodowego personelu  
udzielającego świadczeń zdrowotnych .....

.....  
.....  
.....

.....

- w załączeniu następujące dokumenty:

Załączniki\*:

1.kopia wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą

2.kopia wpisu do ewidencji działalności gospodarczej

3.kopie dokumentów dotyczących prawa wykonywania zawodu lekarza i posiadanej specjalizacji lub dokumentów stwierdzających rozpoczęcie specjalizacji

4.innych dokumentów wymaganych do świadczenia usług objętych umową:

.....

.

.....

.

5.kopia polisy OC

11. Proponowana kwota należności wyrażona w zł. za jedną godzinę świadczenia usług lub przeciętnie 170 godzin miesięcznie - ryczałt.

.....

....

.....

....

12. Proponowana ilość godzin świadczenia usług w tygodniu i miesiącu.

.....  
....

.....  
....

13. Ewentualne wskazania wyposażenia oferenta w sprzęt i aparaturę medyczną.

.....  
....

.....  
....

.....

.....

miejsowość, data  
upoważnionej)

podpis i pieczęć oferenta( lub podpis osoby