

FORMULARZ OFERTOWY

I.

Nazwa Oferenta:

.....
.....

NIP.....**REGON**.....

Adres:

.....
.....

Telefon kontaktowy:

.....

II.

Jakość:

<i>Liczba personelu lekarskiego posiadającego specjalizację w dziedzinie: medycyna rodzinna / choroby wewnętrzne / pediatria</i>

Cena:

<i>Ryczałtowe miesięczne wynagrodzenie brutto</i>
<i>zł</i>

III.

Niniejszym oświadczam, że:

1. Zapoznałem/am/ się ze Szczegółowymi warunkami konkursu ofert i przyjmuję je bez zastrzeżeń.
2. Zapoznałem/am/ się z treścią ogłoszenia konkursu ofert.
3. Stan prawny złożonych dokumentów nie uległ zmianie na dzień złożenia oferty.
4. Zapoznałem/am/ się z warunkami przedstawionymi we wzorze umowy i przyjmuję je bez zastrzeżeń.
5. Spełniam wszystkie wymagania zawarte w Szczegółowych warunkach konkursu ofert.

.....
/data, pieczętka i podpis oferenta/

WYKAZ PERSONELU

Lp.	Imię i nazwisko	Nr prawa wykonywania zawodu	Specjalizacje

.....
/data, pieczętka i podpis oferenta/