

FORMULARZ OFERTOWY

Dział Pomocy Doraźnej i Przyjęć

Zespół transportu sanitarnego specjalistycznego NiŚWOL

Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia o konkursie, szczegółowymi warunkami konkursu ofert oraz projektem umowy i nie zgłaszam zastrzeżeń.

1. Dane do oferty:

Imię i Nazwisko adres zamieszkania i siedziba					
PESEL		NIP		REGON	
Nr prawa wykonywania zawodu					
Nazwa Banku, numer konta					
Telefon kontaktowy					
Adres poczty elektronicznej					

2. Oferuje udzielanie świadczeń zdrowotnych jako **ratownik medyczny/pielęgniarka/rz** w Dziale Pomocy Doraźnej i Przyjęć w Zespole transportu sanitarnego specjalistycznego/NiŚWOL.

3. Proponuję stawkę za godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych (w pełnych złotych) brutto:

.....	za 1 godz. udzielania świadczeń zdrowotnych przez ratownika medycznego/pielęgniarkę/rza w Zespole transportu sanitarnego specjalistycznego/NiŚWOL .
-------	---

4. Zobowiązuję się do wykonywania min. ilości godzin w każdym miesiącu.

5. Oferta z załącznikami zawiera łącznie ponumerowanych stron.

.....
Miejscowość, data sporządzenia oferty

.....
podpis oferenta