
FORMULARZ OFERTOWY

1. Realizacja zlecenia: porad/konsultacji z zakresu dietetyki/ specjalisty ds. żywienia:

Przychodnia

Przychodnia

2. Imię i nazwisko / nazwa składającego ofertę:

.....

3. Adres:

miejsowość

kod pocztowy

.....

ulica i numer lokalu

.....

telefon

.....

e-mail

4. PESEL:

5. NIP:

6. Regon:

7. Dokument potwierdzający kwalifikacje zawodowe:

.....

8. Dotychczasowa praca w charakterze odpowiadającym przedmiotowi oferty:

.....

.....

.....

9. Oferowana kwota brutto, za godzinę pracy:

.....

10. Oferowana dostępność:

a) do świadczeń realizowanych w ramach prowadzonej przez Przyjmującego zamówienie działalności leczniczej w Ośrodku Profilaktyczno- Leczniczym Chorób Zakaźnych i Terapii Uzależnień ul. Wszystkich Świętych 2 we Wrocławiu:

*poniedziałek godz. od do.....

*wtorek godz. od do.....

*środa godz. od..... do.....

*czwartek godz. od..... do.....

*piątek godz. od..... do.....

b) w tym do świadczeń realizowanych w ramach prowadzonej przez Przyjmującego zamówienie odpłatnej działalności leczniczej w Ośrodku Profilaktyczno- Leczniczym Chorób Zakaźnych i Terapii Uzależnień ul. Wszystkich Świętych 2 we Wrocławiu:

*poniedziałek godz. od do.....

*wtorek godz. od do.....

*środa godz. od..... do.....

*czwartek godz. od..... do.....

*piątek godz. od..... do.....

11.Oferowana dostępność:

a) do świadczeń realizowanych w ramach prowadzonej przez Przyjmującego zamówienie odpłatnej działalności leczniczej w przychodni Stare Miasto, pl. Dominikański 6 we Wrocławiu:

*poniedziałek godz. od do.....

*wtorek godz. od do.....

*środa godz. od..... do.....

*czwartek godz. od..... do.....

*piątek godz. od..... do.....

b) w tym do świadczeń realizowanych w ramach prowadzonej przez Przyjmującego zamówienie odpłatnej działalności leczniczej w przychodni Stare Miasto, pl. Dominikański 6 we Wrocławiu:

*poniedziałek godz. od do.....

*wtorek godz. od do.....

*środa godz. od..... do.....

*czwartek godz. od..... do.....

*piątek godz. od..... do.....

Potwierdzam zgodność danych zawartych w formularzu. W załączeniu przekazuję uwierzytelnione kopie ubezpieczenia OC oraz Zaświadczenia lekarskiego z zakresu badań medycyny pracy oraz dokumentów potwierdzających kwalifikacje.

data:

pieczętka i podpis oferenta