

.....
(nazwa i pieczęć oferenta)

OFERTA

W związku z konkursem ofert nr **SPZOZ/ŚZ/16/2017** ogłoszonym przez Dyrektora SPZOZ w Sanoku na:

1. udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy w Oddziale Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej SPZOZ w Sanoku wg zadań:

Zad. 1. Świadczenia zdrowotne w zakresie normalnej ordynacji. – **min. 100 godzin miesięcznie.**

Zad. 2. Świadczenia zdrowotne w zakresie kontraktowych dyżurów medycznych – **min. 5 dyżurów w miesiącu.**

DANE IDENTYFIKACYJNE OFERENTA

Nazwa Oferenta	
REGON	
NIP	
Miejscowość	
Kod pocztowy	
Ulica, nr lokalu	
Telefon kontaktowy	
Wpis do właściwego rejestru (nazwa i numer)	
Nr konta bankowego	
Numer prawa wykonywania zawodu	
Specjalizacja	
Informacje dodatkowe	

.....
data

.....
podpis i pieczęć osoby upoważnionej do reprezentowania Oferenta

