

FORMULARZ OFERTOWY

1. Imię i nazwisko.....
2. PESEL:
3. Adres zamieszkania.....
4. Telefon kontaktowy
5. Nr PWZ/ wydane przez
6. Nr księgi rejestrowej.....
7. NIP.....REGON.....
8. Proponowany czas umowy :
9. Proponowana minimalna liczba godzin udzielania świadczeń zdrowotnych w miesiącu:
.....
10. Proponowana kwota brutto należności za 1 godzinę świadczenia usług:
.....
11. Płatność za wykonanie usługi dokonywana będzie w formie przelewu na konto bankowe:

.....
(wpisać bank i nr konta)

Do niniejszej oferty załączam wymagane w warunkach zamówienia dokumenty i oświadczenia jako załączniki:

1.....

2.....

3.....

4.....

5.....

6.....

7.....

8.....

9.....

10.....

11.....

12.....

.....

miejsowość i data

.....

podpis i pieczęć oferenta