***Załącznik nr 1***

**FORMULARZ OFERTOWY**

**NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH PRZEZ LEKARZA DENTYSTĘ  
W AMBULATORIUM STOMATOLOGICZNYM**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa oferenta: | Adres oferenta: |
| Kod pocztowy i miejscowość: | PESEL |
| Numer NIP | Numer REGON |
| Numer telefonu: | Adres email: |

1. Kwalifikacji zawodowe (należy zaznaczyć właściwe)

Lekarz dentysta

Doświadczenia zawodowego w zawodzie lekarza dentysty

Powyżej 10 lat

Do 10 lat

Oferowana liczba godzin do przepracowania w każdym miesiącu, przy czym minimalna liczba nie może być niższa niż 24 godziny( należy wpisać wartość)

………………………………………..

Oferuję następującą stawkę ryczałtową za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych przez lekarza dentystę w Ambulatorium Stomatologicznym (należy wpisać wartość)

- za dyżur od poniedziałku do piątku wyniesie **………… zł brutto** za 1 godzinę (słownie …..………………………..…………………….……………………………………..złotych)

- a za wykonanie zadań w soboty, niedziele i dni ustawowo wolne przypadające w dniach od poniedziałku do piątku wynagrodzenie wyniesie **…………………zł brutto** za 1 godzinę (słownie …..………………………..…………………….……………………………………..złotych)

Załączone dokumenty:

1. …………………………………………………………………………..
2. …………………………………………………………………………..
3. …………………………………………………………………………..
4. …………………………………………………………………………..
5. …………………………………………………………………………..
6. …………………………………………………………………………..

………………………………………..

Podpis Oferenta