**K/1/II/2024 Załącznik Nr 1**

**FORMULARZ OFERTOWY**

Na udzielanie usług świadczeń medycznych w zakresie: **Pełnienie obowiązków ordynatora Oddziału Chorób Wewnętrznych w okresie od dnia 01.03.2024r. do dnia 28.02.2027r.**

Dane Oferenta:

Nazwa..................................................................................................................................

Siedziba...............................................................................................................................

Nr telefonu/faks..................................................................................................................

Reprezentowany przez:….......................................................................................................

Proponuję następujące kwoty wynagrodzeń za wykonane i sprzedane usługi:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| l.p. | **Rodzaj świadczenia *(wpisać rodzaj* *świadczenia)*** | brutto zł |
| 1. | Ryczałt miesięczny |  |

Warunki finansowe podane w ofercie obowiązują od 01.03.2024r.

Data: .............................. …........................................

(podpis)