**O F E R T A**

dotycząca zawarcia umowy na udzielanie świadczeń medycznych

w zakresie**: porad lekarza specjalisty rehabilitacji dla dorosłych w** **Oddziale Dziennym Rehabilitacji w Przychodni przy ul. Powstańców Śląskich 19**

**OFERENT ..................................................................................................**

**ADRES.......................................................................................................**

**....................................................................................................................**

**Tel:..............................................................................................................**

**Oświadczam,** że zapoznałem się z treścią ogłoszenia podanego na stronie internetowej Zespołu oraz na tablicy ogłoszeń w siedzibie Ogłoszeniodawcy oraz warunkami konkursu przedstawionymi w informatorze konkursowym.

.....................................

/podpis/

**OFERTA**

1. Proponowana stawka za przepracowaną jedną godzinę **oddziale dziennym rehabilitacji w przychodni przy ul. Powstańców Śląskich 19……………………..**

**4.** Proponowana ilość przepracowanych **godzin tygodniowo w oddziale dziennym rehabilitacji w przychodni przy ul. Powstańców Śląskich 19…………………………………..**

5. Proponowany harmonogram pracy:

**oddział dzienny rehabilitacji w przychodni przy ul. Powstańców Śląskich 19**

**………………………………………………………………………………..**

**Porada komercyjna – 60% aktualnie obowiązującej ceny świadczenia w cenniku usług medycznych SZPZLO Warszawa Bemowo- Włochy.**

**Oświadczam, że najpóźniej do dnia podpisania umowy w SZPZLO dostarczę aktualną polisę ubezpieczeniową od odpowiedzialności cywilnej.**

………………………….

/podpis/