

.....
pieczęć oferenta

Formularz ofertowy

na udzielanie świadczeń medycznych w zakresie obsługi psychologicznej w Oddziale Geriatrycznym oraz w zakresie konsultacji psychiatrycznych na oddziałach szpitalnych SPZOZ w Kędzierzynie – Koźlu.

I Dane Oferenta:

Zarejestrowana nazwa Oferenta

.....

Zarejestrowany adres Oferenta

.....

II Przedmiot Oferty:

Przedmiot zamówienia:	1) Wykonywanie świadczeń medycznych w zakresie konsultacji psychologicznych w Oddziale Geriatrycznym 2) Wykonywanie świadczeń medycznych w zakresie konsultacji psychiatrycznych na oddziałach szpitalnych SPZOZ w Kędzierzynie – Koźlu.
-----------------------	---

III Oferta cenowa

Wyszczególnienie	Wynagrodzenie – ryczałtowa miesięczna stawka brutto
1. Konsultacje psychologiczne w Oddziale Geriatrycznym SP ZOZ w Kędzierzynie- Koźle wykonywane nie mniej niż 3 dni w tygodniu – równoważnik ½ etatu (19 godzin)	<p style="text-align: right;">..... zł.</p> <p>słownie złotych:.....</p> <p>.....</p>
2. Konsultacje psychiatryczne na oddziałach szpitalnych SP ZOZ w Kędzierzynie- Koźlu wykonywane w każdy wtorek i czwartek	<p style="text-align: right;">..... zł.</p> <p>słownie złotych:.....</p> <p>.....</p>

Harmonogram pracy

Lp	Dzień tygodnia	Konsultacje psychologiczne w Oddziale Geriatrycznym SP ZOZ w Kędzierzynie- Koźle	
		Od godz.	Do godz.
1	Poniedziałek		
2	Wtorek		
3	Środa		
4	Czwartek		
5	Piątek		

.....
miejsce i data

.....
podpis i pieczęć Oferenta