Załącznik nr 3

FORMULARZ CENOWY
dla rejestratora k/m (kobieta/mężczyzna, dalej zwanych jako „k/m")

DANE OFERENTA:

1. Imię i nazwisko/ Nazwa firmy: .....

   ……

2. Adres działalności gospodarczej:.....

   ……

3. Regon: ..... NIP: .....

4. Nr telefonu: …….. e- mail: …….

Po zapoznaniu się z ogłoszeniem i warunkami konkursu zgłaszam swoją ofertę na samodzielne wykonywanie świadczeń zdrowotnych realizowanych na podstawie umowy cywilnoprawnej.

Proponowany okres obowiązywania umowy od 01.12.2026 r. do 30.06.2031 r.

OFERTA CENOWA

Lp.	Rodzaj świadczenia zdrowotnego	Oferowana cena za 1 godzinę udzielania świadczeń:
1.		
2.		
3.		
4.		

1. Deklarowana minimalna liczba godzin do przepracowania w ciągu miesiąca w ramach godzin dopołudniowych

(zaznaczyć właściwe):

- ☐ < 95,5 godzin (mniej niż 3 dni w tygodniu) /nie dotyczy
- ☐ 95,5 – 160 godzin (zakres od 3 do 5 dni w tygodniu)
- ☐ 160 godzin (5 dni w tygodniu)

2. Deklarowana minimalna liczba godzin do przepracowania w ciągu miesiąca w ramach godzin dyżurowych

(zaznaczyć właściwe):

- ☐ < 73 godziny / nie dotyczy
- ☐ 73 – 146 godzin
- ☐ ≥ 146 godzin

……..……. ….…….
(miejscowość i data) (podpis i pieczęć oferenta)