

## FORMULARZ OFERTY DLA FIZJOTERAPEUTÓW

Imię i nazwisko oferenta.....

Adres .....tel. kontaktowy.....

Numer wpisu do właściwego rejestru.....  
(potwierdzona kserokopią)

Nazwa organu dokonującego wpisu.....

Regon ..... Numer PESEL.....

Numer prawa wykonywania zawodu.....  
(potwierdzony kserokopią)

Specjalizacja z .....  
(potwierdzona kserokopią dyplomu specjalizacji) /określić stopień /

Miejsce i adres zatrudnienia na umowę o pracę lub wykonywania świadczeń zdrowotnych w trybie umowy cywilno-prawnej w dniu składania oferty (poza Specjalistycznym Szpitalem Miejskim w Toruniu).....

.....

1. Proponowany termin rozpoczęcia umowy .....
2. Proponowana ilość godzin miesięcznie .....
3. Proponowana stawka za udzielenie świadczeń zdrowotnych *w systemie godzinowym za 1 godzinę:*
  - a. od 7.00 do 14.00.....

### Uwagi:

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

### OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że zapoznałem/am się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych ogłoszonym przez Specjalistyczny Szpital Miejski im. M. Kopernika w Toruniu.

**data i podpis oferenta**