

**Załącznik nr 1**

**do szczegółowych warunków konkurs ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych w  
Megrez sp. z o.o. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Tychach**

Tychy dnia, .....2013 r.

Megrez Sp. z o.o.  
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Tychach  
Ul. Edukacji 102  
43-100 Tychy

**OFERTA**

**na udzielanie świadczeń zdrowotnych w siedzibie Udzielającego Zamówienia na stanowisku  
lekarza specjalisty patomorfologa w Zakładzie Patomorfologii**

**1. Dane Oferenta:**

.....  
(imię i nazwisko/nazwa Oferenta)

.....  
(adres/adres siedziby Oferenta)

Adres do korespondencji (w przypadku, gdy jest inny niż adres Oferenta w/w)

.....  
.....

2. Deklarowana liczba godzin wykonywania świadczeń zdrowotnych w miesiącu .....

3. Proponuję następujące warunki wynagrodzenia w kwocie za godzinę wykonywania świadczeń

zdrowotnych: .....

.....  
(podpis i pieczęć osoby uprawnionej do podpisania i złożenia oferty)