O F E R T A
DOTYCZĄCA KONKURSU OFERT DLA:

- **lekarzy systemu w ZRM**
- **lekarz w transporcie sanitarnym**

1.	Imię i nazwisko	
2.	PESEL	
3.	Adres zamieszkania	
4.	Adres do korespondencji	
5.	Telefon	
6.	Adres e-mail	
7.	NIP	
8.	REGON	
9.	Imiona rodziców	
10.	Przedmiot oferty udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie	
11.	Miejsce wykonywania świadczeń	
12.	Rodzaj zespołu	
13.	Numer prawa wykonywania zawodu lekarza	
14.	Nr księgi rejestrowej	
15.	Nazwa praktyki lekarskiej	
16.	Adres praktyki lekarskiej	

Dostępność (Dyspozycyjność) dotyczy: *(Liczba proponowanych godzin w miesiącu).

1.	w zespołach „S"	
2.	w Transporcie sanitarnym	

- Inne informacje, które mogą mieć wpływ na wybór oferenta (referencje, kursy, itp):

.....

.....