Załącznik nr 1 do oferty na udzielanie świadczeń zdrowotnych w okresie:

17.11.2025 - 30.06.2028r. w Poradni Chorób Wewnętrznych

Lekarz specjalista

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Rodzaj usługi** | **Wartość wynagrodzenia w zł\*** |
|  | Udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach „normalnej ordynacji” – wynagrodzenie ryczałtowe brutto za 1 miesiąc | .......................... zł |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **………………………………………………**  podpis |