# Załącznik nr 1

# formularz ofertowy

Miejscowość i data 

Imię i Nazwisko 

PESEL 

Adres 

Numer telefonu 

Specjalizacja 

Adres wykonywania konsultacji



Określeni dni i godzin wykonywania konsultacji



Proponowana stawka za jedną opinię

 zł (słownie: )

Pieczęć i podpis 

**OŚWIADCZENIE**

Niniejszym oświadczam, że jestem członkiem Okręgowej Izby Lekarskiej w 

i w chwili obecnej nie toczy się wobec mnie żadne postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej, nie zostałem ukarany przez sąd lekarski, nie toczy się przeciwko mnie żadne postępowanie wszczęte przez Okręgową Radę Lekarską mogące skutkować zawieszeniem prawa wykonywania zawodu lekarza.

Pieczęć i podpis 