

**FORMULARZ OFERTY**

**na udzielanie świadczeń zdrowotnych oraz sprawowanie nadzoru medycznego  
i koordynowanie udzielania świadczeń zdrowotnych w rodzaju: opieka psychiatryczna  
i leczenie uzależnień w lokalizacji przy ul. Sadowej 9, 06 -300 Przasnysz,  
Szpital im. dr. W. Oczko w Przasnyszu**

**I.**

1. Imię i nazwisko, nazwa praktyki lub gabinetu .....
1. Adres .....
2. Nr telefonu.....adres e-mail .....
3. Numer dyplomu ukończenia uczelni .....
4. Numer zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu .....
5. Posiadane specjalizacje / nr dokumentu potwierdzającego uzyskanie tytułu specjalisty  
.....
6. Doświadczenie zawodowe w latach .....
8. Numer wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą  
.....
9. Regon .....
10. NIP .....
11. Nr konta bankowego .....

**II. 1. Cena za udzielanie świadczeń zdrowotnych, koordynowanie i nadzór:**

Rodzaj świadczeń	Proponowana kwota
za koordynację i nadzór oraz za udzielanie świadczeń podczas normalnej ordynacji	Miesięczna stawka ryczałtowa: .....zł.
za udzielanie świadczeń poza normalną ordynacją oddziału w dni powszednie	Stawka za 1 godzinę:.....
poza normalną ordynacją w dni wolne od pracy i święta	Stawka za 1 godzinę:.....

**2. Inne ustalenia stron:**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

/data/

/podpis oferenta/