

**FORMULARZ OFERTY**

na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy w Poradni Zdrowia Psychicznego  
w lokalizacji ul. Sadowa 9, 06 – 300 Przasnysz Szpital im. dr. W. Oczko w Przasnyszu

**I.**

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

**II. Propozycja ceny za udzielanie świadczeń:**

1. .... brutto za 1 punkt wynikający z umowy zawartej pomiędzy SP ZZOZ  
w Przasnyszu a NFZ

2. Inne ustalenia:

.....  
 .....  
 .....  
 .....

.....

(data)

.....

(podpis oferenta)

\*niepotrzebne skreślić