

**FORMULARZ OFERTY**

na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym  
w Szpitalu 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 / nr dokumentu potwierdzającego uzyskanie tytułu specjalisty  
.....
7. 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 wg. stawek godzinowych:**

Rodzaj świadczeń	za udzielane świadczenia zdrowotne
podczas normalnej ordynacji oddziału	
poza normalną ordynacją oddziału w dni powszednie	
poza normalna ordynacją oddziału w dni wolne od pracy i święta	

2. **Inne ustalenia:**  
.....  
.....  
.....  
.....
3. **Proponowany okres, na który ma być zawarta umowa.....**

/data/

/podpis oferenta/