Załącznik nr 3

FORMULARZ OFERTY

na udzielanie świadczeń zdrowotnych w Poradni Endokrynologicznej w SPZZOZ 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 prawa wykonywania zawodu** ……
6. **Posiadane specjalizacje** …….
   ……
7. **Staż pracy** ……..
8. **Obecnie realizowane umowy o pracę**
   - ……
     /Nazwa zakładu pracy/

     ……
     /komórka/ /stanowisko/
   - ……
     /Nazwa zakładu pracy/

     ……
     /komórka/ /stanowisko/

8. **Numer wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą** …….
9. **Regon** …….
10. **NIP** …….
11. **Nr identyfikacyjny z ZUS** ……
12. **Nr konta bankowego** ……

II.

Propozycja należności za udzielanie świadczeń:

1. **za 1 punkt wynikający z umowy zawartej pomiędzy SPZZOZ w Przasnyszu a NFZ - ……..zł. brutto,**
2. **za 1 konsultację - …….zł.**

III.

Inne ustalenia: ……

……

……

……

……

……

. . . .

/data/ /podpis oferenta/