Załącznik nr 3

FORMULARZ OFERTY

na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy w w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym 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 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 normalną ordynacją oddziału w dni wolne od pracy i święta	

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

…… …..……

/data/ /podpis oferenta/

*niepotrzebne skreślić