

**FORMULARZ OFERTY****na prowadzenie opieki lekarskiej ambulatoryjnej i wyjazdowej na rzecz pacjentów****Przychodni Zdrowia w SP ZZOZ 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. Propozycja cen za udzielanie świadczeń:**

- za opiekę lekarską sprawowaną w Przychodni Zdrowia – ..... zł brutto za godzinę,

**2. Harmonogram udzielania świadczeń:**

- ..... w godzinach .....
- ..... w godzinach .....
- ..... w godzinach .....
- ..... w godzinach .....
- ..... w godzinach .....

**3. Inne ustalenia:**

.....

.....

.....

.....

**4. Proponowany okres, na który ma być zawarta umowa.....**

.....

/data/

.....

/podpis oferenta/

\*niepotrzebne skreślić