

**FORMULARZ OFERTY**  
**na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez techników elektroradiologii w Dziale Diagnostyki**  
**Obrazowej 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 szkoły** .....
5. **Posiadane kwalifikacje dodatkowe kwalifikacje**  
.....
6. **Doświadczenie zawodowe w latach** .....
8. **Regon** .....
9. **NIP** .....
10. **Nr konta bankowego** .....

**II.**

1. **Cena za udzielanie świadczeń zdrowotnych wg. stawek godzinowych:**

Rodzaj świadczeń zdrowotnych	Stawka godzinowa
udzielanie świadczeń zdrowotnych w Dziale Diagnostyki Obrazowej	

2. **Preferowane pracownie radiologiczne**  
.....  
.....  
.....
3. **Proponowana ilość godzin do wypracowania:**  
.....
4. **Inne ustalenia:**  
.....  
.....  
.....
3. **Proponowany okres, na który ma być zawarta umowa**.....

/data/

/podpis oferenta/