

FORMULARZ OFERTY

**na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie Nocnej i Świątecznej Opieki Lekarskiej
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 w zakresie Nocnej i Świątecznej Opieki Lekarskiej
w SPZZOZ w Przasnyszu

| Rodzaj świadczeń | za udzielane świadczenia zdrowotne |
|----------------------------------|------------------------------------|
| w dni powszednie | |
| w dni wolne od pracy i święta | |

1. Inne ustalenia:

.....

2. Proponowany okres, na który ma być zawarta umowa.....

.....
 /data/

.....
 /podpis oferenta/