

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/