

FORMULARZ OFERTY
na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy 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 uczelni**
5. **Numer prawa 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:**

Rodzaj Pracowni	Rodzaj świadczeń zdrowotnych	Stawka godzinowa / cena usługi
Pracownia Rezonansu Magnetycznego	udzielania świadczeń zdrowotnych w Pracowni Rezonansu Magnetycznego	
	opis badania Rezonansu Magnetycznego	
Pracownia Tomografii Komputerowej	opis badania TK jednej okolicy w trybie planowym	
	opis badania TK jednej okolicy anatomicznej w trybie pilnym	
Pracownia USG	za wykonanie 1 badania USG	
	za wykonanie 1 badania USG Doppler	

2. **Inne ustalenia:**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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

.....
/data/

.....
/podpis oferenta/