

**FORMULARZ OFERTY**

na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy na rzecz SPZZOZ w Przasnyszu w wybranych oddziałach szpitalnych w Szpitalu im. W. Oczko w Przasnyszu w podziale na następujące zadania:

- Zadanie nr 1: udzielanie świadczeń zdrowotnych w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym w godzinach normalnej ordynacji i / lub poza normalną ordynacją w SPZZOZ w Przasnyszu;
- Zadanie nr 2: na udzielanie świadczeń zdrowotnych w Oddziale Chorób Wewnętrznych w godzinach normalnej ordynacji i / lub poza normalną ordynacją w SPZZOZ w Przasnyszu;
- Zadanie nr 3: udzielanie świadczeń zdrowotnych w Oddziale Intensywnej Terapii i Anestezjologii w godzinach normalnej ordynacji i / lub poza normalną ordynacją w SPZZOZ w Przasnyszu;
- Zadanie nr 4: na udzielanie świadczeń zdrowotnych w godzinach normalnej ordynacji i/lub poza normalną ordynacją w Oddziale Pediatrycznym i Neonatologicznym 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. Cena za udzielanie świadczeń zdrowotnych wg. stawek godzinowych:

Rodzaj świadczeń	za udzielane świadczenia zdrowotne
podczas normalnej ordynacji oddziału	
poza normalną ordynacją oddziału w dni powszednie	
poza normalną ordynacją oddziału w dni wolne od pracy i święta	

**2. Inne ustalenia:**

.....

.....

.....

.....

.....

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

.....

/data/

\*niepotrzebne skreślić

.....

/podpis oferenta/