

**FORMULARZ OFERTY**

**na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie badań endoskopowych  
w SPZZOZ w Przasnyszu**

**I.**

2. Imię i nazwisko, nazwa praktyki lub gabinetu .....
3. Adres .....
4. Numer dyplomu ukończenia uczelni .....
5. Numer zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu .....
6. Posiadane specjalizacje .....
7. Staż pracy .....
8. Obecnie realizowane umowy o pracę
  - .....  
/Nazwa zakładu pracy/  
.....  
/komórka/ ..... /stanowisko/
  - .....  
/Nazwa zakładu pracy/  
.....  
/komórka/ ..... /stanowisko/
8. Numer wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą .....
9. Regon .....
10. NIP .....
11. Nr identyfikacyjny z ZUS .....
12. Nr konta bankowego .....

**II.****1. Cena udzielonych świadczeń:**

- 1) za wykonanie badania gastrokopii – ..... zł;
- 2) za wykonanie badania kolonoskopii:
  - z polipektomią – ..... zł,
  - bez polipektomii – ..... zł.

**2. Harmonogram udzielania świadczeń:**

.....

.....

.....

.....

.....

.....  
/data/

.....  
/podpis oferenta/