

FORMULARZ OFERTY

na udzielanie świadczeń zdrowotnych w Oddziale Chirurgicznym oraz udzielanie świadczeń w zakresie badań endoskopowych w SP ZZOZ 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:**

- stawka miesięczna ryczałtowa:
- % udział od wartości punktowej za wykonanie świadczeń ponadplanowych (w przypadku badań kosztochłonnych) - po uznaniu i zapłaceniu przez NFZ:

2. Harmonogram udzielania świadczeń:

.....

.....

.....

.....

.....

.....
/data/

.....
/podpis oferenta/