Załącznik nr 3

FORMULARZ OFERTY
na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez psychoterapeutę w Poradni Psychologicznej dla Dzieci i Młodzieży 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. **Posiadane specjalizacje / nr dokumentu potwierdzającego uzyskanie tytułu specjalisty**
6. ……
   ……
7. **Doświadczenie zawodowe w latach** ……
8. **Regon** …….
9. **NIP** …….
10. **Nr konta bankowego** ……

II.

1. **Cena za udzielanie świadczeń zdrowotnych wg. stawek godzinowych:**

Rodzaj świadczeń	za udzielane świadczenia zdrowotne
udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie psychoterapii	

Harmonogram udzielania świadczeń:

- …… w godzinach ……
- …… w godzinach ……
- …… w godzinach ……
- …… w godzinach ……
- …… w godzinach ……

2. **Inne ustalenia:**
   .....
   .....
   .....
   .....
   .....

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

…… …..……

/data/ /podpis oferenta/