

**FORMULARZ OFERTY**

**na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez położne w Oddziale Położniczo – Ginekologicznym  
i Oddziale Neonatologicznym w Szpitalu im. dr. W. Oczko 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 kwalifikacje, w tym: nr dokumentu potwierdzającego uzyskanie tytułu położnej  
.....  
.....
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 położniczych	stawka za udzielane świadczenia zdrowotne
1	2
w oddziale położniczo – ginekologicznym	
w oddziale neonatologicznym	

2. Inne ustalenia:

.....  
 .....  
 .....  
 .....

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

.....  
 /data/

.....  
 /podpis oferenta/

\*niepotrzebne skreślić