

FORMULARZ OFERTY

na udzielanie świadczeń zdrowotnych w Oddziale Rehabilitacyjnym z Pododdziałem Rehabilitacji Neurologicznej w godzinach normalnej ordynacji 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. 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	Stawka godzinowa
udzielanie świadczeń zdrowotnych w Oddziale Rehabilitacyjnym z Pododdziałem Rehabilitacji Neurologicznej	

2. Inne ustalenia:

.....

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

.....
 /data/

.....
 /podpis oferenta/