

**FORMULARZ OFERTY**

**na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie chorób wewnętrznych w Oddziale Rehabilitacyjnym z Pododdziałem Rehabilitacji Neurologicznej w godzinach normalnej ordynacji.**

**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	za udzielane świadczenia zdrowotne
podczas normalnej ordynacji oddziału	

2. Inne ustalenia:

.....

.....

.....

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

.....

/data/

.....

/podpis oferenta/