

**FORMULARZ OFERTY**

**na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie anestezjologii w ramach realizacji procedur ortopedycznych na Bloku Operacyjnym 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	za udzielane świadczenia zdrowotne
Zabiegi operacyjne – znieczulenie wykonywanie samodzielnie	
Zabiegi operacyjne – znieczulenie wykonywanie w asyście	

2. Inne ustalenia:

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

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

.....  
 /data/

.....  
 /podpis oferenta/