

**FORMULARZ OFERTY**

**na udzielanie świadczeń zdrowotnych w Oddziale Położniczo – Ginekologicznym w godzinach normalnej ordynacji i / lub poza normalną ordynacją;**

**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:**

<b>Rodzaj świadczeń</b>	<b>za udzielane świadczenia zdrowotne</b>
<b>podczas normalnej ordynacji oddziału</b>	
<b>poza normalną ordynacją oddziału w dni powszednie</b>	
<b>poza normalną ordynacją oddziału w dni wolne od pracy i święta</b>	

2. **Inne ustalenia:**

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

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

.....

/data/

.....

/podpis oferenta/