

FORMULARZ OFERTY

na udzielanie świadczeń zdrowotnych w Oddziale Chirurgicznym 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:**

Rodzaj świadczeń	za udzielane świadczenia zdrowotne (stawka godzinowa)
podczas normalnej ordynacji oddziału	
poza normalną ordynacją oddziału w dni powszednie	
poza normalną ordynacją oddziału w dni wolne od pracy i święta	
Gotowość	

1. **Inne ustalenia:**

.....

.....

.....

.....

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

.....
/data/

.....
/podpis oferenta/

*niepotrzebne skreślić