

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:

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

2. Inne ustalenia:

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

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

/data/

/podpis oferenta/