

**FORMULARZ OFERTY**

**na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie urologii w Pododdziale Urologicznym  
w godzinach normalnej ordynacji oraz Poradni Urologicznej;**

**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
podczas normalnej ordynacji oddziału oraz w Poradni Urologicznej	
Gotowość (stawka godzinowa)	

1. Inne ustalenia:

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

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

.....  
 /data/

.....  
 /podpis oferenta/