

**FORMULARZ OFERTY**

**na udzielanie świadczeń zdrowotnych w Oddziale Psychiatrycznym z Pododdziałem Leczenia Zespołów Abstynencyjnych (Detoksykacji) oraz w Ośrodku Leczenia Uzależnień 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	
Wykonanie konsultacji w PZP dla potrzeb Medycyny Pracy	

2. **Inne ustalenia:**

.....

.....

.....

.....

.....

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

.....

/data/

.....

/podpis oferenta/