

FORMULARZ OFERTY

**na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie Nocnej i Świątecznej Opieki Lekarskiej
w lokalizacji ul. Sadowa 9, 06 -300 Przasnysz, Szpital im. dr. W. Oczko w Przasnyszu**

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 / numer dokumentu potwierdzającego tytuł specjalisty
.....
.....
6. 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
w dni powszednie	
w dni wolne od pracy i święta	

2. Proponowany okres, na który ma być zawarta umowa

.....
(data)

.....
(podpis oferenta)