

FORMULARZ OFERTY

na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy w wybranych oddziałach szpitalnych w Szpitalu im. dr. W. Oczko w Przasnyszu w zakresie realizacji następujących zadań:

Zadanie nr 1: udzielanie świadczeń zdrowotnych w Oddziale Chorób Wewnętrznych w godzinach normalnej ordynacji i / lub poza normalną ordynacją;*

Zadanie nr 2: udzielanie świadczeń zdrowotnych w Oddziale Położniczo- Ginekologicznym w godzinach normalnej ordynacji i poza normalną ordynacją;*

Zadanie nr 3: 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;*

Zadanie nr 4: udzielanie świadczeń zdrowotnych w Oddziale Chirurgicznym z Pododdziałem Urologicznym w godzinach normalnej ordynacji i / lub poza normalną ordynacją;*

Zadanie nr 5: udzielanie świadczeń zdrowotnych w Oddziale Intensywnej Terapii i Anestezjologii w godzinach normalnej ordynacji i/lub poza normalną ordynacją;

Zadanie nr 6: udzielanie świadczeń zdrowotnych w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym w godzinach normalnej ordynacji i / lub poza normalną ordynacją;*

Zadanie nr 7: udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie chorób wewnętrznych w Oddziale Rehabilitacyjnym z Pododdziałem Rehabilitacji Neurologicznej w godzinach normalnej ordynacji. *

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	za gotowość do pracy *
podczas normalnej ordynacji oddziału		x
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/

*niepotrzebne skreślić