

FORMULARZ OFERTY

na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy w wybranych poradniach specjalistycznych w lokalizacji ul. Sadowa 9, 06 – 300 Przasnysz Szpital im. dr. W. Oczko w Przasnyszu w zakresie:

Zadania nr 1: udzielanie świadczeń zdrowotnych w Poradni Zdrowia Psychicznego;*

Zadania nr 2: udzielanie świadczeń zdrowotnych w Poradni Położniczo – Ginekologicznej lub/i w Poradni Chorób Piersi lub/i w Poradni Patologii Ciąży.*

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
7. Doświadczenie zawodowe w latach
8. Numer wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą
9. Regon
10. NIP
11. Nr identyfikacyjny z ZUS
12. Nr konta bankowego

II. Propozycja ceny za udzielanie świadczeń:

1. brutto za 1 punkt wynikający z umowy zawartej pomiędzy SP ZZUZ w Przasnyszu a NFZ.
2. Inne ustalenia:

.....

.....

.....

.....

.....

(data)

.....

(podpis oferenta)

*niepotrzebne skreślić