

**FORMULARZ OFERTY**  
**na udzielanie świadczeń zdrowotnych**  
**w zakresie Nocnej i Świątecznej Opieki Lekarskiej w SPZZOZ w Przasnyszu**

**I. Imię i nazwisko, nazwa praktyki lub gabinetu .....**

.....

1. **Adres .....**

2. **Nr telefonu.....adres e-mail .....**

3. **Numer dyplomu ukończenia uczelni .....**

4. **Numer zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu .....**

5. **Posiadane specjalizacje .....**

.....

.....

6. **Staż pracy .....**

7. **Obecnie realizowane umowy o pracę**

- .....

/Nazwa zakładu pracy/

.....

/komórka/

/stanowisko/

- .....

/Nazwa zakładu pracy/

.....

/komórka/

/stanowisko/

8. **Numer wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą**

.....

9. **Regon .....**

10. **NIP .....**

11. **Nr konta bankowego .....**

**II. 1. Proponowane ceny:**

Rodzaj świadczeń	za udzielane świadczenia zdrowotne
w dni powszednie	
w dni wolne od pracy i święta	

.....

/data/

.....

/podpis oferenta/