

FORMULARZ OFERTY

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. Cena udzielonych świadczeń:**

..... zł brutto za punkt wynikający z umowy zawartej pomiędzy SP ZZOZ w Przasnyszu a NFZ, wykonany przez Przyjmującego zamówienie w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych w Poradni Położniczo–Ginekologicznej lub/i w Poradni Chorób Piersi lub/i w Poradni Patologii Ciąży

2. Harmonogram udzielania świadczeń:

- w godzinach
- w godzinach
- w godzinach
- w godzinach
- w godzinach

Liczba godzin w tygodniu

2. Inne ustalenia:

.....

.....

.....

.....

.....

3. Czas trwania umowy

.....
(data)

.....
(podpis oferenta)

*niepotrzebne skreslić