

FORMULARZ OFERTY

na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy w Poradni Chirurgicznej 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
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 należności za udzielanie świadczeń:

1. Oferuję wykonanie przedmiotu konkursu określonego w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert oraz projekcie umowy za należność w wysokości % wartości wynikającej z umowy zawartej pomiędzy SPZZOZ w Przasnyszu a NFZ.
2. Zobowiązuję się do realizacji przedmiotu zamówienia w wymiarze około godzin tygodniowo.
3. Inne ustalenia:
4. Proponowany okres, na który ma być zawarta umowa.....

(data)

(podpis oferenta)

*niepotrzebne skreślić