

FORMULARZ OFERTY
na udzielanie świadczeń zdrowotnych
oraz sprawowanie nadzoru medycznego i koordynowanie udzielania świadczeń zdrowotnych
w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym w lokalizacji przy ul. Sadowej 9, 06 -300 Przasnysz,
Szpital im. dr. W. Oczko w Przasnyszu

I.

1. 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 / nr dokumentu potwierdzającego uzyskanie tytułu specjalisty
.....
6. 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, koordynowanie i nadzór:

Rodzaj świadczeń	Proponowana kwota
za koordynację i nadzór oraz za udzielanie świadczeń podczas normalnej ordynacji	Miesięczna stawka ryczałtowa:zł.
za udzielanie świadczeń poza normalną ordynacją oddziału w dni powszednie	Stawka za 1 godzinę:.....
poza normalną ordynacją w dni wolne od pracy i święta	Stawka za 1 godzinę:.....

2. Inne ustalenia stron:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

/data/

/podpis oferenta/