

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 prawa 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/