

**FORMULARZ OFERTY**

na udzielanie świadczeń zdrowotnych w Poradni Okulistycznej w SPZZOZ 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 prawa wykonywania zawodu .....
6. Posiadane specjalizacje .....
7. Staż pracy .....
8. 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 identyfikacyjny z ZUS .....
12. Nr konta bankowego .....

**II.****Propozycja należności za udzielanie świadczeń:**

- ..... % wartości punktowej wynikającej z wykonanej umowy zawartej pomiędzy SPZZOZ w Przasnyszu a NFZ - za świadczenia lekarskie udzielane w Poradni Okulistycznej,
- ..... zł - za przeprowadzenie badania profilaktycznego dla potrzeb Poradni Medycyny Pracy, komisji poborowej oraz innych podmiotów, z którymi szpital posiada umowę,
- ..... zł - za konsultacje okulistyczne w oddziałach szpitalnych.

**III.**

Inne ustalenia: .....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

.....  
/data/

.....  
/podpis oferenta/