

FORMULARZ OFERTY
na udzielanie świadczeń zdrowotnych
polegających na prowadzeniu opieki lekarskiej w oddziale okulistycznym
i w Poradni Okulistycznej SP ZZOZ 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 / nr dokumentu potwierdzającego uzyskanie tytułu specjalisty
.....
7. Doświadczenie zawodowe w latach
8. Numer wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą
.....
9. Regon
10. NIP
11. Nr konta bankowego

II.

1. Należność za udzielanie świadczeń zdrowotnych:

Rodzaj świadczeń	za udzielane świadczenia zdrowotne (stawka godzinowa)
udzielanie świadczeń zdrowotnych w Poradni Okulistycznej	
udzielanie świadczeń zdrowotnych w Oddziale Okulistycznym	

2. Inne ustalenia:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3. Proponowany okres, na który ma być zawarta umowa.....

/data/

/podpis oferenta/