

**FORMULARZ OFERTY**

na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy w wybranych oddziałach szpitalnych w SPZZOZ w Przasnyszu w zakresie realizacji następujących zadań:

**Zadanie nr 1:** udzielanie świadczeń zdrowotnych w Oddziale Intensywnej Terapii i Anestezjologii w godzinach normalnej ordynacji i / lub poza normalną ordynacją;

**Zadanie nr 2:** udzielanie świadczeń zdrowotnych w Oddziale Chirurgicznym z Pododdziałem Urologicznym w godzinach normalnej ordynacji i / lub poza normalną ordynacją;

**Zadanie nr 3:** na udzielanie świadczeń zdrowotnych w Oddziale Chorób Wewnętrznych w godzinach normalnej ordynacji i / lub poza normalną ordynacją w SPZZOZ w Przasnyszu;

**Zadanie nr 4:** udzielanie świadczeń zdrowotnych w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym w godzinach normalnej ordynacji i / lub poza normalną ordynacją 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 zaświadczenia o prawie 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. Cena za udzielanie świadczeń zdrowotnych wg. Stawek godzinowych:

Rodzaj świadczeń	za udzielane świadczenia zdrowotne
podczas normalnej ordynacji oddziału	
poza normalną ordynacją oddziału w dni powszednie	
poza normalną ordynacją oddziału w dni wolne od pracy i święta	
Gotowość (dotyczy oddziału chirurgicznego)	

2.     **Inne ustalenia:**

.....

.....

.....

.....

.....

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

.....

/data/

\*niepotrzebne skreślić

.....

/podpis oferenta/