

FORMULARZ OFERTY**na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie chirurgii naczyniowej
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:

Rodzaj świadczeń	za udzielane świadczenia zdrowotne
% od procedur w zakresie chirurgii naczyniowej	

2. Inne ustalenia:

.....

.....

.....

.....

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

.....

/data/

.....

/podpis oferenta/

*niepotrzebne skreślić