

FORMULARZ OFERTY

na udzielanie świadczeń zdrowotnych w Oddziale Psychiatrycznym z Pododdziałem Leczenia Zespołów Abstynencyjnych (Detoksykacji) oraz w Ośrodku Leczenia Uzależnień w godzinach normalnej ordynacji i / lub poza normalną ordynacją

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	

2. **Inne ustalenia:**

.....

.....

.....

.....

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

.....

/data/

.....

/podpis oferenta/