

**FORMULARZ OFERTY**

**na udzielanie świadczeń zdrowotnych w godzinach normalnej ordynacji  
oraz poza normalną ordynacją w Oddziale Chirurgicznym, Poradni Onkologicznej, Poradni  
Chirurgicznej, KROSS SA oraz wykonywanie procedur chirurgicznych i onkologicznych w  
Oddziale Chirurgicznym  
w SP ZZOZ w Przasnyszu**

**I.**

2. Imię i nazwisko, nazwa praktyki lub gabinetu .....
3. Adres .....
4. Numer dyplomu ukończenia uczelni .....
5. Numer zaświadczenia o prawie 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.****1. Cena udzielonych świadczeń:**

— stawka miesięczna ryczałtowa za udzielanie świadczeń w oddziale chirurgicznym w godzinach normalnej ordynacji, poradni chirurgicznej, KROSS – ..... zł brutto;

- za wykonanie procedur w Poradni Onkologicznej – ..... wartości punktowej wynikających z umowy zawartej pomiędzy SP ZZOZ w Przasnyszu a NFZ,
- procentowy udział wartości za wykonanie procedur chirurgicznych i onkologicznych przez Przyjmującego zamówienie w Oddziale Chirurgicznym - .....
- stawka za udzielanie świadczeń zdrowotnych w oddziale chirurgicznym w godzinach poza normalną ordynacją – ..... zł brutto za godzinę;
- stawka za pozostawanie w gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych w oddziale chirurgicznym w godzinach poza normalną ordynacją – ..... zł brutto za godzinę;

## 2. Harmonogram udzielania świadczeń:

- ..... w godzinach .....
- ..... w godzinach .....
- ..... w godzinach .....
- ..... w godzinach .....
- ..... w godzinach .....

## 3. Inne zapisy:

.....

.....

.....

.....

.....

## 4. Proponowany okres, na który ma być zawarta umowa.....

.....

/data/

.....

/podpis oferenta/