

**FORMULARZ OFERTY**  
**na udzielanie świadczeń zdrowotnych udzielanie świadczeń zdrowotnych**  
**w Oddziale Intensywnej Terapii i Anestezjologii 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	

2. Inne ustalenia:

.....

.....

.....

.....

.....

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

.....

/data/

.....

/podpis oferenta/