

FORMULARZ OFERTY

na udzielanie świadczeń zdrowotnych w Poradni Chirurgicznej 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 / numer dokumentu potwierdzającego tytuł specjalisty
.....
7. Doświadczenie zawodowe w latach
8. Numer wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą
.....
9. Regon
10. NIP
11. Nr identyfikacyjny z ZUS
12. Nr konta bankowego

II. Propozycja należności za udzielanie świadczeń:**PROPOZYCJA CENY ZA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ:**

1. Cena udzielonych świadczeń:
 - zł brutto za punkt wynikający z umowy zawartej pomiędzy SP ZZOZ w Przasnyszu a NFZ, wykonany przez Przyjmującego zamówienie w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych w poradni chirurgicznej;
2. Harmonogram udzielania świadczeń:
 - w godzinach
 - w godzinach
 - w godzinach
 - w godzinach
 - w godzinach

Liczba godzin w tygodniu

2. **Inne ustalenia:**.....
.....
.....
.....

3. **Czas trwania umowy**

.....
(data)

.....
(podpis oferenta)