

FORMULARZ OFERTY

**na koordynację i nadzór nad udzielaniem świadczeń zdrowotnych w Oddziale Okulistycznym
oraz udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu okulistyki w Oddziale Okulistycznym oraz Poradni
Okulistycznej w SPZZOZ 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. **Proponowana miesięczna wartość kontraktu**, zgodnie z przedmiotem zamówienia zawartym w ust. 3 specyfikacji warunków zamówienia :
 - za prowadzenie nadzoru medycznego i koordynacji udzielania świadczeń zdrowotnych w Oddziale Okulistycznym oraz prowadzenie nadzoru nad pracą personelu Oddziału Okulistycznego - zł miesięcznie (stawka ryczałtowa)
 - zł brutto za godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w Oddziale Okulistycznym oraz Poradni Okulistycznej;

2. **Harmonogram udzielania świadczeń:**

	Godziny w Poradni	Godziny w Oddziale
Poniedziałek		
Wtorek		
Środa		
Czwartek		
Piątek		

3. **Inne ustalenia:**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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

.....

/data/

.....

/podpis oferenta/