

FORMULARZ OFERTY
na 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 :
 - 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/