

O F E R T A

na udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach Pracowni Endoskopii zlokalizowanej w Szpitalu w Wodzisławiu Śląskim.

Dane oferenta:

1. Imię i nazwisko

2. Adres

3. Nazwa:

.....

.....

Oferent prowadzi działalność leczniczą w formie:

.....

.....

4. Nr prawa wykonywania zawodu

5. PESEL

6. NIP

7. Specjalizacja w zakresie (stopień specjalizacji)

lub otwarta specjalizacja (od) z zakresu

8. Telefon kontaktowy

9. Oferent posiada aktualne obowiązkowe ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej (OC)*

Oferent zobowiązuje się do przedłożenia kopii polisy oc na dzień podpisania umowy.*

(* niepotrzebne skreślić)

10. Zakres oferowanych świadczeń (wpisać rodzaj badania)

.....

.....

.....

.....

12. Cena za wykonanie procedury medycznej dla pacjentów oddziałów szpitalnych PPZOZ:

- gastroscopia diagnostyczna - zł (brutto)
- gastroscopia terapeutyczna -zł (brutto)
- kolonoskopia diagnostyczna -zł (brutto)
- kolonoskopia terapeutyczna -zł (brutto)

13. Proponowana cena za oferowane świadczenia w Pracowni Endoskopii w ramach kontraktu z NFZ w kwocie:

- wartość za 1 pkt rozliczeniowy zł (brutto).

Załączniki*:

1. kopia wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą
2. kopia wpisu do ewidencji działalności gospodarczej
3. kopie dokumentów dotyczących prawa wykonywania zawodu lekarza i posiadanej specjalizacji lub dokumentów stwierdzających rozpoczęcie specjalizacji i innych dokumentów wymaganych do świadczenia usług objętych umową
4. kopia polisy OC
(powyższe załączniki należy dołączyć do oferty jeżeli Zamawiający nie jest w ich posiadaniu)

.....
podpis i pieczęć oferenta
(lub podpis osoby upoważnionej)

* należy złożyć w jednym egzemplarzu niezależnie od ilości złożonych ofert