

**O F E R T A**  
**na udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach Ambulatoryjnej Opieki  
Specjalistycznej**

**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 ( np. Poradnia Chirurgii Ogólnej Rydułtowy/Wodzisław Śl. oraz proponowany harmonogram pracy w poradni).

.....

.....

.....

.....

11. Proponowana cena za oferowane świadczenia w kwocie:

- wartość za 1 pkt rozliczeniowy (w ramach umowy z NFZ) ..... zł (brutto).

- proponowana kwota za udzielenie porady dla podmiotów zewnętrznych, dla których PPZOZ świadczy usługi .....zł (brutto) - (dotyczy tylko poradni chirurgii ogólnej oraz poradni chirurgii urazowo - ortopedycznej).

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