

**O F E R T A**

**na udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach Podstawowej Opieki Zdrowotnej  
w zakresie Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej**

**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. POZ Rydułtowy, POZ Wodzisław Śląski).

.....  
.....  
.....  
.....

11. Ilość oferowanych dyżurów medycznych (tygodniowo):.....

12. Proponowana cena za oferowane świadczenia w kwocie

- udzielanie świadczeń medycznych POZ Nocna i Świąteczna Opieka Zdrowotna:

- Za dyżur medyczny 14 h - ..... zł (brutto) \* ilość dyżurów
- Za dyżur medyczny 24 h - ..... zł (brutto) \* ilość dyżurów

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