

O F E R T A
na udzielanie świadczeń zdrowotnych w w zakresie leczenia szpitalnego
z wynagrodzeniem stałym

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. Choroby Wewnętrzne/ Chirurgia Ogólna itp.) wraz z lokalizacją wykonywanych świadczeń (Rydułtowy / Wodzisław Śląski).

.....

.....

.....

.....

11. Proponowana średnia liczba godzin (miesięcznie).....

12. Proponowana cena za oferowane świadczenia w kwocie

..... (brutto) zł.

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