

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 usługizł (brutto) - (dotyczy tylko poradni chirurgii urazowo - ortopedycznej).

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