

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)