Załącznik Nr 1

**O F E R T A**

**na udzielanie świadczeń zdrowotnych w poradni 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. Zakres i miejsce oferowanych świadczeń: (*np.* *Poradnia Preluksacyjna w Rydułtowach)*

*……………………………………………………………………………………………………………*

*…………………………………………………………………………………………………………….*

10. Proponowany harmonogram pracy w poradni (nazwa poradni i godziny udzielania świadczeń):

Pn. -------------------------------------------------------------------------------------------

Wt. -------------------------------------------------------------------------------------------

Śr. --------------------------------------------------------------------------------------------

Czw. -------------------------------------------------------------------------------------------

Pt. ---------------------------------------------------------------------------------------------

11. Proponowana cena za oferowane świadczenia:

*(proszę uzupełnić ceny dla poradni, na którą zostaje złożona oferta)*

**Poradnia Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej w Wodzisławiu Śląskim**

- stawka za 1 pkt rozliczeniowy (porady udzielane w ramach umowy z NFZ):

 ……………….. zł (brutto) (słownie:……………………………………..…)

- proponowana kwota za udzielenie porady dla podmiotów zewnętrznych, dla których

 PPZOZ świadczy usługi: ……...………zł (brutto)

 (słownie:…………………………………………….……)

**Poradnia Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej w Rydułtowach**

- stawka za 1 pkt rozliczeniowy (porady udzielane w ramach umowy z NFZ):

 ……………….. zł (brutto) (słownie:……………………………………..…)

- proponowana kwota za udzielenie porady dla podmiotów zewnętrznych, dla których

 PPZOZ świadczy usługi: ……...………zł (brutto)

 (słownie:…………………………………………….……)

**Poradnia Preluksacyjna w Wodzisławiu Śląskim**

- stawka za 1 pkt rozliczeniowy: ………………….... zł (brutto)

(słownie:………………………………………………..…)

**Poradnia Preluksacyjna w Rydułtowach**

- stawka za 1 pkt rozliczeniowy: ………………….... zł (brutto)

(słownie:………………………………………………..…)

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

 podpis i pieczęć oferenta

 ( lub podpis osoby upoważnionej)