Załącznik Nr 1

**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. Zakres i miejsce oferowanych świadczeń: *Poradnia Onkologiczna w Wodzisławiu Śląskim*

10. Proponowany harmonogram pracy w poradni:

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

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

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

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

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

11. Proponowana cena za oferowane świadczenia:

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

 (słownie:……………………………………………………………………………)

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

 podpis i pieczęć oferenta

 ( lub podpis osoby upoważnionej)