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 Wodzisławiu)*

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

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

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

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

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

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

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

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

11. Proponowana stawka za oferowane świadczenia:

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

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

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

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

- cena za udzielenie **jednej porady** na rzecz podmiotów zewnętrznych w ramach

podpisanych umów przez Udzielającego Zamówienie:

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

**Poradnia Preluksacyjna w Wodzisławiu Śląskim**

- cena za 1 pkt rozliczeniowy: ………………….... zł brutto

(słownie:………………………………………………..…)

**Poradnia Ginekologiczno – Położnicza w Wodzisławiu Śląskim**

- cena za 1 pkt rozliczeniowy: ………………….... zł brutto

(słownie:………………………………………………..…)

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

podpis i pieczęć Oferenta

( lub podpis osoby upoważnionej)