Załącznik Nr 1

**OFERTA**

**Dane oferenta:**

1. Imię i nazwisko ....................................................................................................................

1. Adres/siedziba………………...............................................................................................

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

3. Nazwa: ..................................................................................................................................

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

Oferent prowadzi działalność leczniczą w formie:……………………………………………

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

4. Nr prawa wykonywania zawodu …………………………………………………………

5. PESEL ………………………………………………………………………………......

6. NIP ....................................................................................................................................

7. Specjalizacja w zakresie (stopień specjalizacji) …………………………………………

………………………………………………………………………………………………..

8. Telefon kontaktowy …………………………………………………………………….

9. Proponowany średni czas pracy: …………….godzin miesięcznie.

10. Proponowane ceny za oferowane świadczenia:

1. wykonanie procedury medycznej określonej w klasyfikacji ICD-9 kodem: **68.61 - *zmodyfikowane radykalne wycięcie macicy:* …………………….… zł** brutto za jeden zabieg operacyjny (słownie: ……………………............................................).
2. wykonanie procedury medycznej określonej w klasyfikacji ICD-9 kodem: **68.62 – *Operacja Wertheima:* …………………….… zł** brutto za jeden zabieg operacyjny (słownie:…………………….....................................................................).

 podpis i pieczęć Oferenta

 (lub podpis osoby upoważnionej)