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:

*Poradnia Kardiologiczna w Wodzisławiu Śląskim*

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

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

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

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

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

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

11. Proponowana stawka za oferowane świadczenia:

…………..… zł brutto za 1 punkt rozliczeniowy

(słownie:……………………………………………………………..)

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

podpis i pieczęć Oferenta

( lub podpis osoby upoważnionej)