Załącznik Nr 1

**O F E R T A**

**na udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu onkologii w Poradni Onkologicznej, w ramach konsylium onkologicznego oraz konsultacji onkologicznych w oddziałach szpitalnych**

**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:

* udzielanie świadczeń w Poradni Onkologicznej w Wodzisławiu Śląskim,
* udzielanie konsultacji onkologicznych w oddziałach szpitalnych,
* udział w wielodyscyplinarnym zespole terapeutycznym ustalającym plan leczenia onkologicznego w ramach pakietu onkologicznego (konsylium onkologiczne).

10. Proponowany harmonogram pracy w Poradni Onkologicznej w Wodzisławiu Śląskim: *(proszę podać dzień i godziny udzielania świadczeń)*

-------------------------------------------------------------------------------------------

-------------------------------------------------------------------------------------------

11. Średni tygodniowy czas pracy w ramach wielodyscyplinarnego zespołu terapeutycznego ustalającego plan leczenia onkologicznego: …………………………….

12. Oferowana stawka ryczałtowa za jeden dzień udzielania świadczeń zrealizowanych w poradni specjalistycznej, w ramach konsylium onkologicznego oraz konsultacji onkologicznych w oddziałach szpitalnych:

……...………..zł brutto **za jeden dzień** udzielania świadczeń

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

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

podpis i pieczęć Oferenta

( lub podpis osoby upoważnionej)