

FORMULARZ OFERTOWY

na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie

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. Oferent posiada aktualne obowiązkowe ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej (OC)*

Oferent zobowiązuje się do przedłożenia kopii polisy OC na dzień podpisania umowy.*

(* niepotrzebne skreślić)

10. Niniejszym składam ofertę na udzielenie świadczeń w zakresie :

.....

na poniższych warunkach:.....

- Wskazanie liczby, kwalifikacji, kompetencji i doświadczenia zawodowego personelu udzielającego świadczeń zdrowotnych

.....

.....

.....

.....

- w załączeniu następujące dokumenty:

Załączniki*:

- 1.kopia wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą
- 2.kopia wpisu do ewidencji działalności gospodarczej
- 3.kopie dokumentów dotyczących prawa wykonywania zawodu lekarza i posiadanej specjalizacji lub dokumentów stwierdzających rozpoczęcie specjalizacji
- 4.innych dokumentów wymaganych do świadczenia usług objętych umową:

.....
.....

5.kopia polisy OC

11. Proponowana kwota należności wyrażona w zł. za jedną godzinę świadczenia usług lub przeciętnie 170 godzin miesięcznie - ryczałt.

.....
.....

12. Proponowana ilość godzin świadczenia usług w tygodniu i miesiącu.

.....
.....

13. Ewentualne wskazania wyposażenia oferenta w sprzęt i aparaturę medyczną.

.....
.....

.....
miejscość, data

.....
podpis i pieczęć oferenta(lub podpis osoby upoważnionej)