

FORMULARZ OFERTY

Zadanie nr 6

Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy specjalistów w Oddziale Rehabilitacyjnym z P/Oddz. Rehabilitacji Neurologicznej Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Lesku zgodnie z wytycznymi wynikającymi z rozporządzenia MZ z dnia 06 listopada 2013r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej, wraz z wykonywaniem konsultacji dla pacjentów wszystkich Oddziałów i SOR/Izby Przyjęć Szpitala Powiatowego Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Lesku wraz z pełnieniem obowiązków lekarza kierującego Oddziałem Rehabilitacyjnym z P/Oddz. Rehabilitacji Neurologicznej

1. Dane o Oferencie:

A/ Pełna nazwa Oferenta

(imię i nazwisko lub nazwa firmy, numer wpisu do właściwego rejestru)

.....

.....

.....

.....

B/ Adres siedziby Oferenta (lub adres do korespondencji w przypadku gdy jest inny niż adres siedziby Oferenta)

ul. , nr

Kod pocztowy miejscowość

Tel., fax

Regon, NIP

2. Wymagane dokumenty:

- oświadczenie Oferenta,
- dokumenty kwalifikacyjne Oferenta (kserokopie dyplomu, specjalizacji, prawo wykonywania zawodu itp.),
- aktualny wydruk z Centralnej Ewidencji i Informacji o działalności Gospodarczej lub KRS,
- aktualny wydruk Księgi Rejestrowej podmiotu wykonującego działalność leczniczą, w zakresie danego zadania określonego w SWKO.

3. Tryb realizacji:

.....

.....

.....

4. Liczba oraz kwalifikacje zawodowe osób udzielających świadczeń zdrowotnych, które zatrudnia Oferent ze specjalizacją wymaganą w zakresie przewidzianym warunkami konkursu:

Nazwa specjalizacji	Liczba osób

5. Proponowany czas trwania umowy:

6. Proponowana kwota należności:

Lp.	Zadanie Nr 6	Oferowana cena brutto za 1 godz. udzielanego świadczenia:
		1) za 1 godz. udzielonego świadczenia zł słownie:

..... dnia

.....

*Podpis osób uprawnionych
do składania oświadczeń woli*