

FORMULARZ OFERTY

**Zadanie nr 3 Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza alergologa w Poradni
Alergologicznej
lub**

**Zadanie 4 Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza otolaryngologa w Poradni
Otolaryngologicznej***

1. Dane o Oferencie:

A/ Pełna nazwa Oferenta

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

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

B/ Adres siedziby Oferenta (lub 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 (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,
- aktualne zaświadczenie z Krajowego Rejestru Karnego w zakresie wynikającym z art. 21 ustawy z dnia 13.05.2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich.

3. Minimalna liczba oraz kwalifikacje zawodowe osób które będą udzielać świadczeń zdrowotnych lub które zatrudnia Oferent do realizacji zadania, ze specjalizacją wymaganą w zakresie przewidzianym warunkami konkursu:

Imię i nazwisko	Nazwa specjalizacji	Nr dyplomu	Nr prawa wykonywania zawodu

4. Proponowany czas trwania umowy:.....

5. Proponowana kwota należności:

Lp.	Zadanie Nr 3 lub 4	% ceny jednostkowej brutto za 1 punkt
		1.% ceny punktu zakontraktowanego z NFZ słownie: 2.zł za 1 konsultację słownie:.....

6. Proponowany harmonogram udzielania świadczeń

Dni tygodnia	od godz.	do godz.
Poniedziałek		
Wtorek		
Środa		
Czwartek		
Piątek		

..... dnia

.....

Podpis osób uprawnionych
do składania oświadczeń woli

*niepotrzebne skreślić