

FORMULARZ OFERTY

Zadanie nr 2

Udzielenie świadczeń zdrowotnych przez lekarza specjalistę z zakresu chirurgii
w Poradni Chirurgicznej

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 2	% ceny jednostkowej brutto za 1 punkt
		% ceny punktu zakontraktowanego z NFZ 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