FORMULARZ OFERTOWY

NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

W WIELKOPOLSKIM CENTRUM PULMONOLOGII I TORAKOCHIRURGII

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| D A N E O F E R E NTA | | | | |
| OFERENTNazwa oferenta zgodnie z dokumentem rejestracyjnym | |  | | |
| Forma Organizacyjna | |  | | |
| **Adres do korespondencji:**  **Kod pocztowy, miejscowość, ulica, numer** | |  | | |
| **Numer telefonu:** | | | **Fax:** | **e-mail:** |
| **Numer prawa wykonywania zawodu** |  | | | |
| **Numer NIP** |  | | | |

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

*Data i podpis Oferenta*

ZAŁĄCZNIK OFERTOWY

NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

W ZAKRESIE

PULMONOLOGII W RAMACH PORADNI SPECJALISTYCZNEJ

W WIELKOPOLSKIM CENTRUM PULMONOLOGII I TORAKOCHIRURGII

Elementy należności za realizację zamówienia:

1. Deklarowana liczba punktów wykonywanych :
2. w ciągu miesiąca:
3. pulmonologia

- Świadczenia specjalistyczne oraz pierwszorazowe ……………………..

- świadczenia diagnostyki onkologicznej wstępnej ……………………………………

- świadczenia diagnostyki onkologicznej pogłębionej ……………………………………

1. w ciągu roku - świadczenia diagnostyki onkologicznej………………………………………..
2. Cena oferty, która stanowi oferowany procent ceny jednostkowej za punkt określonej w obowiązującej umowie z NFZ.......................................................
3. Dostępność - oferowana ilość dni i godzin świadczeń udzielanych tygodniowo

………………………………………………………………………….............................

Proponowany czas trwania umowy...................................................................

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

*Data i podpis Oferenta*