FORMULARZ OFERTOWY

NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

W ZAKRESIE ANESTEZJOLOGII I INTENSYWNEJ TERAPII

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

ANESTEZJOLOGII I INTENSYWNEJ TERAPII

W WIELKOPOLSKIM CENTRUM PULMONOLOGII I TORAKOCHIRURGII

Elementy należności za realizację zamówienia:

1. proponowana maksymalna miesięczna liczba godzin świadczeń zdrowotnych w miejscu udzielania świadczenia:
2. w dni robocze 7:00-15:00……………………………
3. w trakcie dyżuru……………………….
4. proponowana maksymalna miesięczna liczba godzin „pozostawania w gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych” poza miejscem jego udzielania– …………………………..
5. proponowana stawka za godzinę w dniu roboczym – ……………………
6. proponowana stawka za godzinę w niedzielę, dni świąteczne i wolne od pracy – ……………………
7. proponowana stawka za godzinę „pozostawania w gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych – ………………………..
8. proponowana stawka za godzinę przy wezwaniu do zabiegu nieplanowanego – …………………………

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

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

 Data i podpis Oferenta