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

ONKOLOGII W RAMACH PORADNI SPECJALISTYCZNEJ

W WIELKOPOLSKIM CENTRUM PULMONOLOGII I TORAKOCHIRURGII

SZPITAL W POZNANIU

Elementy należności za realizację zamówienia:

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

- 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*