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:**  |
| **Wpis do właściwego rejestru indywidualnych / indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich** | **Nr** | **Data rejestracji** | **Oznaczenie organu dokonującego wpisu** |
| **Wpis do ewidencji działalności gospodarczej** | **Nr** | **Data rejestracji** | **Oznaczenie organu dokonującego wpisu:** |
| **Numer prawa wykonywania zawodu** |  |
| **Numer NIP** |  |

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

 *Data i podpis Oferenta*

**ZAŁĄCZNIK CENOWY**

NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ZAKRESIE

RADIOLOGII

W WIELKOPOLSKIM CENTRUM PULMONOLOGII I TORAKOCHIRURGII

Elementy należności za realizację zamówienia:

1. Proponowana stawka stałego wynagrodzenia:

- za 1 dzień udzielania świadczeń....................................................

1. Proponowana stawka za wykonywanie opisu badań tomografii komputerowej (KT) -................................/1 badanie
2. Proponowana stawka za kwalifikację i wykonanie biopsji gruboigłowej pod kontrolą KT-…………………………………….
3. Oferowana ilość dni świadczeń udzielanych tygodniowo ….............................
4. Proponowany czas trwania umowy...................................................

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

 Data i podpis Oferenta