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