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:
2. w miejscu udzielania świadczenia w dni robocze 7:30-15:00……………………………
3. w miejscu udzielania świadczenia w trakcie dyżuru……………………….
4. „pozostawania w gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych” poza miejscem jego udzielania– …………………………..
5. proponowana stawka za godzinę w godz. 07:30-15:00 – …………………………
6. proponowana stawka za godzinę w godz. 15:00-07:30 – …………………………
7. proponowana stawka za godzinę „pozostawania w gotowości” do udzielania świadczeń zdrowotnych – …………………………
8. proponowana stawka za godzinę prowadzenia znieczulenia po godzinie 15:00, w ramach przedłużającego się zabiegu planowego – …………………………

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

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

 Data i podpis Oferenta