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 NIP** |  | | | |
| **REGON** |  | | | |

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

*Data i podpis Oferenta*

**ZAŁĄCZNIK OFERTOWY**

NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ZAKRESIE

ELEKTRORADIOLOGII

W WIELKOPOLSKIM CENTRUM PULMONOLOGII I TORAKOCHIRURGII

Elementy należności za realizację zamówienia:

1. proponowana stawka za wykonywanie badań KT i współuczestniczenie w biopsji pod kontrolą KT – w kwocie…………….. zł / 1 badanie
2. proponowana stawka za dyżurowanie w ramach gotowości od piątku godz. 18;00 do poniedziałku godz. 06:00– …………….
3. proponowana stawka za wykonywanie badania KT w czasie gotowości – ……………. zł
4. proponowana stawka za dyżurowanie w ramach gotowości, do 3 dni po procedurze przeszczepu, w dni robocze od 18:00-06:00 - ………………….
5. proponowana stawka za dyżurowanie w dni powszednie w godz. 18;00 do godz. 06:00– …………….
6. proponowana stawka za dyżurowanie w dni świąteczne i wolne od pracy (z wyłączeniem niedzieli) – ………………………

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

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

Data i podpis Oferenta