

## OFERTA DOTYCZĄCA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

### 1. DANE OFERENTA

FIRMA, IMIĘ I NAZWISKO: .....

TELEFON; .....

ADRES: .....

KOD POCZTOWY: ..... MIEJSCOWOŚĆ: .....

PESEL ..... NIP: .....

REGON: .....

NR WPISU DO REJESTRU PODMIOTÓW WYKONUJĄCYCH DZIAŁANOŚĆ LECZNICZĄ:

.....

NAZWA ORGANU DOKONUJĄCEGO WPISU .....

NR PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU: .....

KWALIFIKACJE/SPECJALIZACJA (NAZWA I STOPIEŃ): .....

.....

ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE BĘDĄ UDZIELANE PRZEZ : .....OSOBY POSIADAJĄCE UPRAWNIENIA DO WYKONYWANIA ZAWODU MEDYCZNEGO, WYMIENIONE W ZAŁĄCZNIKU DO OFERTY WRAZ Z PODANIEM ICH KWALIFIKACJI ZAWODOWYCH ORAZ KSEROKOPII DOKUMENTÓW POTWIERDZAJĄCYCH KWALIFIKACJE

### 2. ZAKRES ŚWIADCZEŃ

ZGŁASZAM OFERTĘ NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ZAKRESIE:

.....

.....

DEKLARUJĘ GOTOWOŚĆ ŚWIADCZENIA USŁUG W WYMIARZE GODZIN/ DNI \* MIESIĘCZNIE W POSZCZEGÓLNYCH ZAKRESACH:

.....

.....

.....

### 3. OFERTA CENOWA

ZA REALIZACJĘ ZAMÓWIENIA PROPONUJĘ KWOTĘ W WYSOKOŚCI:

.....

.....

### 4. CZAS TRWANIA UMOWY

ZOBOWIĄZUJĘ SIĘ DO UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W OKRESIE

OD ..... DO .....

PRZEWORSK DN. ....

.....  
podpis oferenta

*\*niepotrzebne skreślić*

**ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY\*:**

1. Wydruk księgi rejestrowej podmiotu wykonującego działalność leczniczą
2. Wydruk z KRS lub CEIDG

Kserokopie

1. prawa wykonywania zawodu
2. dyplomów potwierdzających posiadane kwalifikacje zawodowe
3. dyplomów specjalizacji
4. dokumentu ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej
5. dokumenty potwierdzających dodatkowe uprawnienia.....