

FORMULARZ OFERTOWY
na udzielanie świadczeń zdrowotnych
PRZEZ LEKARZY W RAMACH PORADNI MEDYCYNY RODZINNEJ
w Miejskiej Przychodni Zdrowia w Barczewie

Dane identyfikacyjne Oferenta:

NAZWA OFERENTA

Imię

Nazwisko

PESEL

Nr prawa wykonywania zawodu

Specjalizacja w dziedzinie

Nr dokumentu specjalizacji

Posiadany tytuł naukowy

Nr z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą

NIP

REGON

Nr telefonu

Adres praktyki / działalności gospodarczej

.....

Adres do korespondencji (o ile nie pokrywa się z adresem praktyki / działalności gospodarczej)

.....

.....

Numer rachunku bankowego:

.....

Nawiązując do ogłoszenia Nr 01/11/L/2022 z dnia 10.11.2022 r. o konkursie ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez LEKARZY w ramach PORADNI MEDYCZYNY RODZINNEJ w Miejskiej Przychodni Zdrowia w Barczewie oświadczam następująco:

- 1) oferuję stawkę za udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie objętym konkursem w wysokości: brutto (słownie: /100) za każdą godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych,
- 2) akceptuję termin realizacji umowy: **od dnia 15.11.2022 r. do 28.04.2023 r.**
- 3) deklaruję realizację świadczeń zdrowotnych w wymiarze maksymalnej liczby godzin w trakcie trwania umowy **525 godzin** w tym:
 - a) w okresie od dnia zawarcia umowy do 31.12.2022 r. **125 godzin**
 - b) w okres od 01.01.2023 do 28.04.2023 r. **400 godzin**
- 4) doświadczenie zawodowe w zakresie świadczenia, którego dotyczy oferta (odpowiednie zakreślić) wynosi:
 - do 1 roku
 - od 1 do 5 lat
 - powyżej 5 lat
- 5) dodatkowe kwalifikacje w zakresie świadczenia, którego dotyczy oferta (certyfikaty, kursy, szkolenia itp.):

.....
.....

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis i pieczęć Oferenta)