

SPZPOZ.4240.4.2022

Załącznik nr 1
do Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert
o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne

FORMULARZ OFERTOWY

na udzielenie świadczeń zdrowotnych w zakresie lekarskich konsultacji specjalistycznych
w ramach programu profilaktycznego pn. „Zacznij od siebie! Zbadaj się!”

1. Imię nazwisko:

2. Adres Praktyki Lekarskiej:

3. NIP REGON TEL.

4. Prawo wykonywania zawodu nr

wydane przez

5. Kwalifikacje zawodowe (stopień specjalizacji, zakres, data uzyskania)

.....
.....

6. Dodatkowe kwalifikacje i uprawnienia

.....

7. Oferowane świadczenia w zakresie (wpisać zakres i rodzaj świadczeń zdrowotnych)

.....

8. Oferowane miejsce wykonywania świadczeń

.....



9. Konsultacje specjalistyczne:

Lp.	Rodzaj konsultacji	Cena netto za 1 konsultację	Cena brutto za 1 konsultację	Cena brutto za 1 konsultację (* z badaniem USG)
1	Dermatologiczne			
2	Diabetologiczne			
3	Endokrynologiczne *			
4	Laryngologiczne			
5	Pulmonologiczne			

10. Proponowana forma zatrudnienia (zaznaczyć właściwe) :

- umowa kontraktowa
- umowa zlecenie

11. Odpisy aktualnych dokumentów kwalifikacyjnych – załączam do oferty.

.....
data i podpis osoby upoważnionej do składania oświadczeń woli

