

SPZPOZ.4240.2.2022

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

FORMULARZ OFERTOWY

na udzielenie świadczeń zdrowotnych wykonywanych na rzecz Samodzielnego Publicznego Zakładu
Podstawowej Opieki Zdrowotnej w Muszynie

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 uprawnienie i kwalifikacje

.....

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

.....

8. Oferowane miejsce wykonywania świadczeń

.....



9. Szczegółowy cennik badań ultrasonograficznych wraz z opisem:

| Lp. | Nazwa badania | Cena netto za 1 konsultację | Cena brutto za 1 konsultację |
|-----|--|-----------------------------|------------------------------|
| 1. | USG tarczycy i przytarczycy | | |
| 2. | USG ślinianek | | |
| 4. | USG brzucha i przestrzeni zaotrzewnowej, w tym wstępnej oceny gruczołu krokowego | | |
| 5. | USG obwodowych węzłów chłonnych | | |
| 6. | Badanie piersi | | |

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

