Szpital Powiatowy
w Zawierciu

42-400 Zawiercie, ul Miodowa 14
32 67 40 200
sekretariat@szpitalzawiercie.pl
www.szpitalzawiercie.pl

Załącznik nr 1

OFERTA
na udzielanie przez lekarzy specjalistycznych świadczeń zdrowotnych
w Poradniach Szpitala Powiatowego w Zawierciu

I. Dane Oferenta:

Nazwa .....
Adres .....
NIP.....Regon .....
Tel. .....Fax .....
e-mail: .....www. .....
Nazwa banku i nr rachunku bankowego:.....

II. Oferta

Oferuję udzielanie świadczeń zdrowotnych określonych w szczegółowych warunkach konkursu ofert wraz z załącznikami na następujących warunkach:

Oferta dotyczy Pakietu nr	Zakres	Oferowana cena brutto za 1 punkt rozliczeniowy NFZ	Oferowana liczba godzin udzielania świadczeń tygodniowo
.....	Świadczenia z zakresu.....		

Dane personelu lekarskiego, który będzie udzielał świadczeń:

Lp.	Imię i nazwisko	Kwalifikacje zawodowe Specjalizacja	Nr PWZ

Ponadto oświadczam, że:

a) zapoznałem/-am się szczegółowo z warunkami konkursu i uzyskałem/-am wszystkie informacje niezbędne do przygotowania oferty i nie zgłaszam w tym zakresie żadnych uwag;
b) zapoznałem /-am się z treścią wzorów umów i akceptuję jego treść bez zastrzeżeń.

.....
Data i Podpis Oferenta

DYREKTOR SZPITALA POWIATOWEGO W ZAWIERCIU Piotr Zachariasiewicz