Załącznik nr 5

FORMULARZ OFERTY
na udzielanie świadczeń zdrowotnych
polegających na prowadzeniu opieki lekarskiej w oddziale okulistycznym
i w Poradni Okulistycznej SP ZZOZ w Przasnyszu

I.

1. **Imię i nazwisko, nazwa praktyki lub gabinetu** ……
   ……..
2. **Adres** …….....
3. **Nr telefonu**……..**adres e-mail** ……..
4. **Numer dyplomu ukończenia uczelni** ……..
5. **Numer prawa wykonywania zawodu** ……
6. **Posiadane specjalizacje / nr dokumentu potwierdzającego uzyskanie tytułu specjalisty**

……

7. **Doświadczenie zawodowe w latach** ……
8. **Numer wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą** …….
9. **Regon** …….
10. **NIP** …….
11. **Nr konta bankowego** ……

II.

1. **Należność za udzielanie świadczeń zdrowotnych:**

   1. procentowy udział wartości punktowej wynikającej z wykonanych świadczeń w ramach oddziału okulistycznego (hospitalizacja jednodniowa) – ……. %

   2. procent od wykonanych świadczeń w ramach poradni okulistycznej (w tym zabiegi okulistyczne, iniekcje AMD oraz inne świadczenia zdrowotne zakontraktowane przez NFZ (z wyłączeniem kosztów leków) – ……. %.

2. **Inne ustalenia:**

   ……
   ……..
   ……...
   ……..
   ……...
   ……
   ……
   ……
   ……
   ……

3. **Proponowany okres, na który ma być zawarta umowa……**

…… ……..……

/data/ /podpis oferenta/

*niepotrzebne skreślić