FORMULARZ OFERTY

na koordynację i nadzór nad udzielaniem świadczeń zdrowotnych w Oddziale Okulistycznym oraz udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu okulistyki w Oddziale Okulistycznym w SP ZZOZ w Przasnyszu

I.

2. **Imię i nazwisko, nazwa praktyki lub gabinetu** ……
   ……
3. **Adres** …….....
4. **Numer dyplomu ukończenia uczelni** ……..
5. **Numer zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu** ……
6. **Posiadane specjalizacje** …….
   ……
7. **Staż pracy** ……..
8. **Obecnie realizowane umowy o pracę**
   - ……
     /Nazwa zakładu pracy/
     ……
     /komórka/ /stanowisko/
   - ……
     /Nazwa zakładu pracy/
     ……
     /komórka/ /stanowisko/

8. **Numer wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą** …….
9. **Regon** …….
10. **NIP** …….
11. **Nr identyfikacyjny z ZUS** ……
12. **Nr konta bankowego** ……

II.

1. **Proponowana miesięczna wartość kontraktu,** zgodnie z przedmiotem zamówienia zawartym w pkt. 3 specyfikacji warunków zamówienia :

- ..... % wartości punktowej wynikającej z umowy zawartej pomiędzy SP ZZOZ w Przasnyszu a NFZ w zakresie wykonywania zabiegów operacyjnych okulistycznych w oddziale okulistycznym,
- ……% udział od wartości punktowej za wykonanie świadczeń ponadplanowych - po uznaniu i zapłaceniu przez NFZ.

2. **Harmonogram udzielania świadczeń:**

……

……

……

……

……

3. **Inne ustalenia:**

……

……

……

……

……

……

……

……

……

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

…… ……

/data/ /podpis oferenta/