

FORMULARZ OFERTY

**na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie świadczenia usług lekarskich
w Oddziale Psychiatrycznym z Pododdziałem Leczenia Zespołów Abstynencyjnych
(Detoksykacji), w zakresie Nocnej i Świątecznej Opieki Lekarskiej, Poradni Zdrowia
Psychicznego i Poradni Leczenia Uzależnień w SPZZOZ w Przasnyszu**

I.

1. **Nazwa**
2. **Siedziba**
3. **Nr telefonu**.....**adres e-mail**
4. **Numer wpisu do KRS**
5. **Osoba upoważniona do reprezentowania oferenta**
8. **Numer wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą**
9. **Regon**
10. **NIP**
11. **Nr konta bankowego**

II.**1. Cena za świadczenie usług:**

Świadczenie usług lekarskich w:	Wartość proponowanej stawki
Oddział Psychiatryczny z Pododdziałem Detoksykacyjnym i OLU (stawka godzinowa w zł)	
Nocna i Świąteczna Pomoc Lekarska (stawka godzinowa zł)	
Poradnia Leczenia Uzależnień (% wartości punktowej wynikającej z umowy zawartej pomiędzy SP ZZOZ w Przasnyszu a NFZ)	
Poradnia Zdrowia Psychicznego (% wartości punktowej wynikającej z umowy zawartej pomiędzy SP ZZOZ w Przasnyszu a NFZ)	

2. Inne ustalenia:

.....

.....

.....

.....

.....

3. Proponowany okres, na który ma być zawarta umowa

.....
/data/

.....
/podpis oferenta/