

.....
pieczęć oferenta

Formularz ofertowy

na udzielanie świadczeń zdrowotnych w poradniach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej
SP ZOZ Kędzierzyn – Koźle

I Dane Oferenta:

Zarejestrowana nazwa i adres Oferenta

.....

.....

II Przedmiot Oferty:

1. Zgłaszam swoją ofertę na wykonywanie świadczeń w zakresie.....

2. Miejsce udzielania świadczeń.....

3. Oferowana cena za świadczenia medyczne:

Zakres świadczeń*	Wynagrodzenie*
Świadczenia zdrowotne w zakresie – objęte ryczałtem	Kwota ryczałtu miesięcznego:..... słownie:
Świadczenia zdrowotne w zakresie – diagnostyka onkologiczna, poza ryczałtem	Cena: słownie:
Świadczenia zdrowotne w zakresie – diagnostyka onkologiczna – poza pakietem onkologicznym, poza ryczałtem	Cena: słownie:
Chemioterapii w warunkach ambulatoryjnych z zakresem skojarzonym	Cena: słownie:

* Wypełnić jeżeli dotyczy

4. Harmonogram pracy lekarza w poradni:*(Należy określić dni tygodnia i godziny udzielania świadczeń w poradni)***1) Imię i nazwisko lekarza:**

.....

Lp	Dzień tygodnia	Od godz.	Do godz.	Ilość godz.
1.	Poniedziałek			
2.	Wtorek			
3.	Środa			
4.	Czwartek			
5.	Piątek			
Razem: (należy wpisać ilość godzin łącznie tygodniowo)				

2) Imię i nazwisko lekarza:

.....

Lp	Dzień tygodnia	Od godz.	Do godz.	Ilość godz.
6.	Poniedziałek			
7.	Wtorek			
8.	Środa			
9.	Czwartek			
10.	Piątek			
Razem: (należy wpisać ilość godzin łącznie tygodniowo)				

3) Imię i nazwisko lekarza:

.....

Lp	Dzień tygodnia	Od godz.	Do godz.	Ilość godz.
11.	Poniedziałek			
12.	Wtorek			
13.	Środa			
14.	Czwartek			
15.	Piątek			
Razem: (należy wpisać ilość godzin łącznie tygodniowo)				

5. Wskazanie liczby pacjentów /udzielanych świadczeń na dzień w poradni:

.....
miejsce i data

.....
podpis i pieczęć Oferenta