

Załącznik Nr 1**FORMULARZ OFERTOWY**

w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych w Pracowniach Rentgenodiagnostyki przez lekarzy specjalistów lub będących w trakcie specjalizacji w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej prowadzących działalność leczniczą

1. Dane oferenta

| | | | |
|-------------------------------------------------------------------|--|---------------------------|--|
| <i>Imię i Nazwisko lub Nazwa Firmy</i> | | | |
| <i>Adres siedziby firmy</i> | | | |
| <i>NIP/KRS</i> | | | |
| <i>Nr prawa wykonywania zawodu</i> | | <i>Telefon kontaktowy</i> | |
| <i>Posiadana/e specjalizacja/e trakcie specjalizacji (jakiej)</i> | | | |

2. Stawka za udzielania świadczeń zdrowotnych:

| | <i>Udzielanie świadczeń zdrowotnych</i> |
|----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| <i>Stawka za opis badania Tomografii Komputerowej:</i> | -PLN |
| <i>Stawka za opis badania Tomografii Komputerowej Politrauma:</i> | -PLN |
| <i>Stawka za badanie USG:</i> | -PLN |
| <i>Stawka za opis zdjęcia RTG:</i> | -PLN |
| <i>Stawka za badanie USG Doppler:</i> | -PLN |
| <i>Stawka za opis zdjęcia Mammografii:</i> | -PLN |
| <i>Stawka za godzinę pozostawania w gotowości do udzielania świadczeń:</i> | -PLN |

3. Dokumenty wymagane w dziale VIII szczegółowych warunków konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych:

- 1).....
- 2).....
- 3).....
- 4).....
- 5).....
- 6).....

- a) oświadczam, że zapoznałem/łam się z treścią ogłoszenia o konkursie, szczegółowymi warunkami konkursu ofert oraz projektem umowy i nie zgłaszam zastrzeżeń
- b) jestem gotowy/a do realizacji świadczeń podanych w ofercie w okresie wskazanym w warunkach konkursu ofert
- c) jestem związany/a niniejszą ofertą przez okres 60 dni od daty upływu terminu składania ofert.

.....
(Miejscowość, data sporządzenia oferty)

.....
(Podpis: imię i nazwisko oferenta)