

Oferta na świadczenie usług lekarskich w

Zespole Domowej Opieki Paliatywnej w Suwałkach, Zespole Domowej Opieki Paliatywnej Oddział Augustów, , Hospicjum Stacjonarnym i Zakładzie Opiekuńczo-Lecznym

1. Dane oferenta:

1. Imię i nazwisko / nazwa, adres –.....

.....

.....

2. Numer wpisu do rejestru i oznaczenie organu dokonującego wpisu.....

.....

3. NIP:

4. Numer Polisy ubezpieczeniowej OC.....kwota ubezpieczenia.....

5. Data ważności Polisy Ubezpieczeniowej.....

6. Prawo wykonywania zawodu nr :

2. Kwalifikacje zawodowe osoby udzielającej świadczenia zdrowotne.

1. Wykształcenie/ zawód:.....

2. Staż pracy w zawodzie :.....

3. Posiadane specjalizacje:

.....

4. Posiadany sprzęt medyczny , środki transportu, łączności:

.....

5. Określenie dostępności do usług medycznych : zgodnie z wymogami NFZ oraz wg potrzeb pacjenta

6. Proponowana kwota należności za świadczenia medyczne:

- a) Wizyta domowa w Zespole Domowej Opieki Paliatywnej w Suwałkachzł
- b) Wizyta domowa w Zespole Domowej Opieki Paliatywnej Oddział Augustów-zł
- c) Badanie 1 pacjenta w Hospicjum Stacjonarnym i Zakładzie Opiekuńczo –Lecznym.....zł
- d) Wezwanie do stwierdzenia zgonu w Hospicjum Stacjonarnym i Zakładzie Opiekuńczo-

Leczniczym:..... zł

7.Czas trwania umowy - 3 lata od daty podpisania umowy.

Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym. Stan prawny określony w dokumentach nie uległ zmianie na dzień złożenia oferty;

Podpis składającego ofertę

.....