

**Oferta na świadczenie usług lekarskich w
w Domowej Opiece nad Pacjentami Wentylowanymi Mechanicznie**

Dane oferenta:

1. Imię i nazwisko / nazwa / adres –.....
.....
.....
2. Numer prawa wykonywania zawodu.....
3. NIP:
4. Numer Polisy ubezpieczeniowej OC.....kwota ubezpieczenia.....
5. Data ważności Polisy Ubezpieczeniowej.....

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. Oferowana cena za opiekę nad jednym pacjentem w ciągu miesiąca :.....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;

Data i podpis składającego ofertę

