

FORMULARZ OFERTY

**na koordynację i nadzór nad udzielaniem świadczeń zdrowotnych w Oddziale Okulistycznym
oraz udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu okulistyki w Oddziale Okulistycznym oraz Poradni
Okulistycznej w SPZZOZ w Przasnyszu**

I.

2. **Imię i nazwisko, nazwa praktyki lub gabinetu**
3. **Adres**
4. **Numer dyplomu ukończenia uczelni**
5. **Numer zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu**
6. **Posiadane specjalizacje**
7. **Staż pracy**
8. **Obecnie realizowane umowy o pracę**
 -
/Nazwa zakładu pracy/
 -
/komórka/ /stanowisko/
 -
/Nazwa zakładu pracy/
 -
/komórka/ /stanowisko/
8. **Numer wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą**
9. **Regon**
10. **NIP**
11. **Nr identyfikacyjny z ZUS**
12. **Nr konta bankowego**

II.

1. **Proponowana miesięczna wartość kontraktu**, zgodnie z przedmiotem zamówienia zawartym w ust. 3 specyfikacji warunków zamówienia :
 - za prowadzenie nadzoru medycznego i koordynacji udzielania świadczeń zdrowotnych w Oddziale Okulistycznym oraz prowadzenie nadzoru nad pracą personelu Oddziału Okulistycznego - zł miesięcznie (stawka ryczałtowa)
 - zł brutto za punkt wynikający z umowy zawartej pomiędzy SPZZOZ w Przasnyszu a NFZ, wykonany przez Przyjmującego zamówienie w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych w Oddziale Okulistycznym;

- zł brutto za punkt wynikający z umowy zawartej pomiędzy SPZZOZ w Przasnyszu a NFZ, wykonany przez Przyjmującego zamówienie w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych w Poradni Okulistycznej (porady ambulatoryjne);
- zł brutto za punkt wynikający z umowy zawartej pomiędzy SPZZOZ w Przasnyszu a NFZ, wykonany przez Przyjmującego zamówienie w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych w Poradni Okulistycznej (AMD);
- zł brutto za punkt wynikający z umowy zawartej pomiędzy SPZZOZ w Przasnyszu a NFZ - za wykonanie przez Przyjmującego zamówienie świadczeń ponadplanowych - po uznaniu i zapłaceniu przez NFZ w Oddziale Okulistycznym.
- zł brutto za punkt wynikający z umowy zawartej pomiędzy SPZZOZ w Przasnyszu a NFZ - za wykonanie przez Przyjmującego zamówienie świadczeń ponadplanowych - po uznaniu i zapłaceniu przez NFZ w Poradni Okulistycznej.

2. **Harmonogram udzielania świadczeń:**

.....

3. **Inne ustalenia:**

.....

4. **Proponowany okres, na który ma być zawarta umowa.....**

.....
 /data/

.....
 /podpis oferenta/