

**Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
Warszawa Wola - Śródmieście
01-445 Warszawa
ul. Ciołka 11**

**FORMULARZ OFERTOWY
UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ W RODZAJU LECZENIE STOMATOLOGICZNE**

Przyjmujący zamówienie:

Imię i nazwisko _____

PESEL _____

Kwalifikacje zawodowe: specjalizacja, stopień specjalizacji _____

Nr wpisu do rejestru podmiotów leczniczych _____

Adres zamieszkania _____

Telefon kontaktowy _____ adres e-mail _____

Odpowiadając na ogłoszenie o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, niniejszym oferuję wykonanie:

- 1) świadczenia ogólnostomatologiczne:
 - a) stomatologia zachowawcza _____ punktów w ciągu jednego miesiąca;
 - b) prace protetyczne _____ punktów w ciągu jednego miesiąca.
- 2) świadczenia ogólnostomatologiczne dla dzieci i młodzieży do 18 roku życia _____ punktów w ciągu jednego miesiąca.

Oferuję następujące ceny jednostkowe za punkt z tytułu realizacji świadczeń opieki zdrowotnej:

- 1) _____ zł (brutto) za punkt - świadczenia ogólnostomatologiczne;
- 2) _____ zł (brutto) za punkt - prace protetyczne;
- 3) _____ zł (brutto) za punkt - świadczenia ogólnostomatologiczne dla dzieci i młodzieży do 18 roku życia

Proponuję następujące dni i godziny udzielania świadczeń opieki zdrowotnej.

Poniedziałek	Wtorek	Środa	Czwartek	Piątek

Niniejszym oświadczam, że:

- 1) zapoznałem się warunki postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w trybie konkursu ofert i nie zgłaszam zastrzeżeń do przedstawionych warunków oraz uznaję się związany określonymi w nich postanowieniami;
- 2) zapoznałem się i akceptuję wzór umowy i zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty do jej zawarcia;
- 3) najpóźniej w dniu podpisania umowy przedstawię aktualną umowę ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej.

Data

Podpis Przyjmującego zamówienie