*Załącznik nr 7 do SWK*

# OFERTA

**na udzielanie świadczeń zdrowotnych**

**w ramach Poradni Lekarza Rodzinnego**

Imię i nazwisko oferenta

…………………………………………………………………………………………………………..

Nr telefonu do kontaktu Adres e-mail

………………………………………………………………………………………………………….

Nazwa indywidualnej praktyki lekarskiej

……………………………………………………………………………………………………………

Nr REGON ……………………………………………………………………………………………………………

Nr NIP Nr PESEL ……………………………………………………………………………………………………………

Nr wpisu do rejestru indywidualnych praktyk lekarskich w rejestrze IL

……………………………………………………………………………………………………………

Miejsce zamieszkania

……………………………………………………………………………………………………………

Adres siedziby indywidualnej praktyki lekarskiej, jeżeli jest inny niż miejsce zamieszkania

……………………………………………………………………………………………………………

Nr prawa wykonywania zawodu lekarza i data wydania

………………….………………………………………………………………………………………..

Nazwa i stopień posiadanej specjalizacji z datą wydania dyplomu lub nazwa odbywanej specjalizacji   
z datą rozpoczęcia specjalizacji, w innym przypadku proszę wpisać „bez specjalizacji”

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

Posiadane certyfikaty, kursy, szkolenia:

….………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………..

Doświadczenie w pracy w Poradni Lekarza Rodzinnego:

…..................................................................................................................................................

….................................................................................................................................................

**Oferent deklaruje następującą ilość godzin dyżurów:**

**- miesięcznie** ........................... godzin

(słownie: ........……................................................................................…) **(minimum 6 godz.)**

**Propozycja cenowa oferenta za godzinę świadczenia na rzecz** **udzielającego zamówienia**:

|  |  |
| --- | --- |
|  | **dni powszednie** |
| Lekarz Podstawowej Opieki Zdrowotnej w Poradni Lekarza Rodzinnego | ………zł/godz. |

…………………………………. ……………………………………………….

( miejscowość, data ) ( podpis oferenta)

*Do oferty załączam następujące dokumenty:*

1. ………………………………………………….
2. ………………………………………………….
3. ………………………………………………….
4. ………………………………………………….
5. ………………………………………………….
6. ………………………………………………….