

.....
.....
NAZWA, ADRES I NR TEL OFERENTA

.....
Oddział Wojewódzki
Narodowego Funduszu Zdrowia
W

WNIOSEK O ZAWARCIE UMOWY O UDZIELANIE

ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ

w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna.

Wnoszę o podpisanie umowy w zakresie*:

- 1) świadczenia lekarza POZ;
- 2) świadczenia pielęgniarki POZ;
- 3) świadczenia położnej POZ;
- 4) świadczenia pielęgniarki szkolnej;
- 5) nocna i świąteczna ambulatoryjna opieka lekarska i pielęgniarska;
- 6) nocna i świąteczna wyjazdowa opieka lekarska i pielęgniarska;
- 7) transport sanitarny w POZ.

Dla zakresu świadczeń wymienionych w pkt. 5, 6, 7 należy określić odpowiednio obszar działania wg jednostek podziału terytorialnego (gmina, powiat):

.....
.....
.....
.....
.....
.....

.....
Miejscowość, data

.....
pieczętka i czytelny podpis osoby
uprawnionej do reprezentowania oferenta

* niepotrzebne skreślić