

ZAWIADOMIENIE

Dyrektora Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Rzeszowie o zmianie Załącznika nr 2 na udzielanie świadczeń zdrowotnych dla potrzeb SP ZOZ MSWiA w Rzeszowie w zakresie :

FORMULARZ CENOWY

Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza w Poradni Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej.

| Lp. | Rodzaj świadczenia | Cena jednostkowa brutto |
|-----|--|-------------------------|
| 1. | za poradę leczniczą – wg zasad sprawozdawania i dokumentowania przez NFZ | zł/punkt |
| 2. | za konsultację oddziałową | zł/konsultacja |
| 3. | za poradę pełnopłatną | zł/porada |
| 4. | za poradę dla potrzeb medycyny pracy | zł/porada |

.....

miejsowość, data

.....

podpis i pieczęć składającego ofertę

Wartość w złotych za 1 punkt/poradę/konsultację

| Lp. | Rodzaj świadczenia | Cena jednostkowa brutto |
|-----|---|-------------------------|
| 1. | za poradę leczniczą – wg zasad sprawozdawania i dokumentowania NFZ | |
| 2. | za konsultację psychiatryczną osoby ubiegającej się o pozwolenie na broń | |
| 3. | Konsultacja psychiatryczna osoby posiadającej pozwolenie na broń | |
| 4. | Konsultacja psychiatryczna osoby ubiegającej się o wpis na listę kwalifikowanych pracowników ochrony fizycznej | |
| 5. | Wydanie orzeczenia związanego z badaniem psychiatrycznym osoby prowadzącej działalność gospodarczą w zakresie wytwarzania i obrotu materiałami wybuchowymi, bronią, amunicją oraz wyrobami i technologią o przeznaczeniu wojskowym lub policyjnym | |
| 6. | Wydanie orzeczenia związanego z badaniem osoby ubiegającej się lub posiadającej pozwolenie na nabywanie oraz przechowywanie materiałów wybuchowych przeznaczonych do użytku cywilnego | |
| 7. | Wydanie orzeczenia związanego z badaniem psychiatrycznym osoby ubiegającej się o wydanie licencji detektywa | |
| 8. | Wydanie orzeczenia związanego z badaniem psychiatrycznym osoby posiadającej licencję detektywa | |
| 9. | Konsultacja psychiatryczna dla potrzeb badań profilaktycznych | |
| 10. | Opinia psychiatryczna dla potrzeb badań prowadzonych przez Rejonową Komisję Lekarską MSWiA | |

.....

miejsowość, data

.....

podpis i pieczęć składającego ofertę