

Załącznik Nr 1

**FORMULARZ OFERTOWY**

na udzielanie świadczeń zdrowotnych

w Oddziale Ginekologiczno-Położniczym, Oddziale Internistycznym odcinek „A”, Oddziale Internistycznym odcinek „B”, Oddziale Kardiologicznym, Oddziale Medycyny Paliatywnej, Oddziale Neonatologicznym, Oddziale Neurologicznym, Oddziale Pediatricznym, Zakładzie Patomorfologii.

**1. Dane oferenta**

<i>Imię i Nazwisko lub Nazwa Firmy</i>			
<i>Adres siedziby firmy</i>			
<i>NIP</i>			
<i>Nr prawa wykonywania zawodu</i>		<i>Telefon kontaktowy</i>	
<i>Posiadana/e specjalizacja/e/ w trakcie specjalizacji</i>			

**2. Komórka organizacyjna**

<i>Podać nazwę komórki organizacyjnej, w której mają być udzielane świadczenia:</i>	<i>Nazwa:</i>

**3. Stawka za godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych:**

<i>*Stawka za godzinę w ramach godzin ordynacji (dopołudniowych)</i>	- ..... PLN
<i>*Stawka za godzinę w ramach dyżuru – dyżur nie dotyczy Zakładu Patomorfologii, Oddziału Medycyny Paliatywnej</i>	- ..... PLN

*\*propozycja cenowa może dotyczyć obu zakresów (zabezpieczenie w ramach ordynacji oraz dyżuru) lub jednego wybranego (osobno w ramach ordynacji lub samego dyżuru)*

**4. Dokumenty wymagane w dziale VIII szczegółowych warunków konkursy ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych:**

- 1).....
- 2).....
- 3).....

- 4).....
- 5).....
- 6).....
- 7).....
- 8).....

a) oświadczam, że zapoznałem/łam się z treścią ogłoszenia o konkursie, szczegółowymi warunkami konkursu ofert oraz projektem umowy i nie zgłaszam zastrzeżeń

b) oświadczam, że jestem gotowy/a do realizacji świadczeń podanych w ofercie w okresie wskazanym w warunkach konkursu ofert

c) oświadczam, że jestem związany/a niniejszą ofertą przez okres 60 dni od daty upływu terminu składania ofert.

d) oświadczam, że wobec Oferenta został spełniony obowiązek informacyjny wynikający z RODO.

.....  
(Miejscowość, data sporządzenia oferty)

.....  
(Podpis: imię i nazwisko oferenta)