

**Załącznik Nr 1**

**FORMULARZ OFERTOWY**

**w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych przez lekarzy specjalistów lub będących w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychiatrii prowadzących działalność leczniczą, w Oddziale Psychiatrycznym Ogólnym**

**1. Dane oferenta**

|   |  |                               |  |
|---|--|-------------------------------|--|
| <i>Imię i Nazwisko lub<br/>Nazwa Firmy</i>                                |  |                               |  |
| <i>Adres siedziby firmy</i>   |  |                               |  |
| <i>NIP/KRS</i>  |  |                               |  |
| <i>Nr prawa wykonywania<br/>zawodu</i>                                    |  | <i>Telefon<br/>kontaktowy</i> |  |
| <i>Posiadana/e<br/>specjalizacja/e trakcie<br/>specjalizacji (jakiej)</i> |  |                               |  |

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

|                           |   |
|---------------------------|---|
|                           | <i>Udzielanie świadczeń zdrowotnych</i> |
| <i>Stawka za godzinę:</i> | - .....PLN                              |

**3. Dokumenty wymagane w dziale VIII szczegółowych warunków konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych:**

- 1).....
- 2).....
- 3).....
- 4).....
- 5).....
- 6).....
- 7).....
- 8).....
- 9).....

- a) oświadczam, że zapoznałem/łam się z treścią ogłoszenia o konkursie, szczegółowymi warunkami konkursu ofert oraz projektem umowy i nie zgłaszam zastrzeżeń
- b) jestem gotowy/a do realizacji świadczeń podanych w ofercie w okresie wskazanym w warunkach konkursu ofert
- c) jestem związany/a niniejszą ofertą przez okres 60 dni od daty upływu terminu składania ofert.

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

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