

FORMULARZ OFERTY

Zadanie nr

1. Dane o Oferencie:

A/ Pełna nazwa Oferenta

(imię i nazwisko lub nazwa firmy, numer wpisu do właściwego rejestru)

.....

.....

.....

.....

.....

B/ Adres Oferenta (lub do korespondencji w przypadku gdy jest inny niż adres oferenta)

ul. , nr

Kod pocztowy miejscowość

Tel., fax

Regon NIP

2. Wymagane dokumenty:

- oświadczenie Oferenta,
- dokumenty kwalifikacyjne (kserokopie dyplomu , specjalizacji, prawo wykonywania zawodu , certyfikat z zakresu ochrona radiologiczna pacjenta, inne uprawnienia do udzielania świadczeń, w określonym w konkursie ofert zakresie, itp.)
- aktualna kserokopia wpisu do Centralnej Ewidencji i Informacji o działalności Gospodarczej,
- aktualna kserokopia wpisu do właściwego rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą.

3. Nazwa zadania:

.....

.....

.....

.....

.....

4. Tryb realizacji:

.....

.....

.....

.....

5. Proponowany czasookres trwania umowy :

6. Liczba oraz kwalifikacje zawodowe osób, które będą udzielały świadczenia zdrowotne w zakresie przewidzianym warunkami konkursu:

Nazwa specjalizacji/ inne uprawnienia do wykonywania świadczeń	Liczba osób

7. Proponowana kwota :

Lp.	Zakres świadczeń	Cena brutto
	Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy specjalistów z zakresu chorób wewnętrznych: w Oddziale Chorób Wewnętrznych Szpitala Powiatowego SP ZOZ w Lesku wraz z wykonywaniem konsultacji dla pacjentów wszystkich Oddziałów i SOR/Izby Przyjęć Szpitala Powiatowego Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w dni robocze w godzinach od 7.25 do 15.00. oraz w Oddziale Chorób Wewnętrznych i Oddziale Rehabilitacyjnym Szpitala Powiatowego SP ZOZ w Lesku wraz z wykonywaniem konsultacji dla pacjentów wszystkich Oddziałów i SOR/Izby Przyjęć Szpitala Powiatowego Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w dni robocze w godzinach od 15.00 do 7.25 dnia następnego oraz w niedziele, święta i dni dodatkowo wolne wynikające z pięciodniowego tygodnia pracy w godzinach od 7.25 do 7.25 dnia następnego.	Stawka za 1 godz. udzielonego świadczenia: zł. (słownie :))

Lesko, dnia

.....
Podpis osób uprawnionych
do składania oświadczeń woli