**Załącznik nr 2**

**Formularz ofertowy**

###### FORMULARZ OFERTOWY

###### do konkursu ofert na udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych na oddziałach pediatrycznych oraz Szpitalnym Oddziale Ratunkowym SP ZOZ Zespołu Szpitali Miejskich w Chorzowie poza godzinami normalnej ordynacji lekarskiej

………………….……… , dnia …………………

*miejscowość*

1. **DANE O OFERENCIE**
2. Imię nazwisko:

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

1. Adres zamieszkania:

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

1. Pełna nazwa i siedziba prowadzonej działalności gospodarczej:

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

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

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

1. Nr PESEL:

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

1. Nr NIP:

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

1. Nr telefonu:

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

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

*( podpis i pieczątka firmowa oferenta)*

1. Nazwa banku oraz nr konta bankowego

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

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

1. **CENA OFERTY**

Proponuję kwoty:

1. Udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych na Szpitalnym Oddziale Ratunkowym:

……………..……....zł.

słownie: ………………………..……………………………………………………………

brutto za 1 (jedną) godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych.

1. Udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych na oddziałach pediatrycznych łącznie: Pediatrycznym dla Dzieci Starszych, Niemowlęcym i Patologii Noworodka, Neurologii Dziecięcej, Nefrologii Dziecięcej, Alergologii i Immunologii Dziecięcej:

……………..……....zł.

słownie: ………………………..……………………………………………………………

brutto za 1 (jedną) godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych z wyjątkiem pkt 3.

1. Udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych na oddziałach pediatrycznych łącznie: Pediatrycznycm dla Dzieci Starszych, Niemowlęcym i Patologii Noworodka, Neurologii Dziecięcej, Nefrologii Dziecięcej, Alergologii i Immunologii Dziecięcej w soboty, niedziele, dni wolne od pracy i dni dodatkowo wolne od pracy

……………..……....zł.

słownie: ………………………..……………………………………………………………

brutto za 1 (jedną) godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych.

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

*( podpis i pieczątka firmowa oferenta)*

1. **PROPONOWANY CZAS TRWANIA UMOWY**

od …………………………..…… do …………….………..…………….

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

*( podpis i pieczątka firmowa oferenta)*