**Załącznik nr 2**

**Formularz ofertowy**

###### FORMULARZ OFERTOWY

do konkursu ofert na udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych na Oddziale Otolaryngologii z Pododdziałem Chirurgii Szczękowo-Twarzowej dla Dzieci 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 kwotę:

……………..……....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)*