**Załącznik nr 2**

**Formularz ofertowy**

###### FORMULARZ OFERTOWY

**do konkursu ofert na** **udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych na Oddziale Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu, na Bloku Operacyjnym, w Poradni Ortopedyczno-Urazowej dla Dzieci oraz w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym i na Izbie Przyjęć w SP ZOZ Zespole Szpitali Miejskich w Chorzowie w godzinach 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:

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

1. Nazwa banku oraz nr konta bankowego

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

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

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

  *( podpis i pieczątka firmowa oferenta)*

1. **CENA OFERTY**

Proponuję kwoty:

1. Udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych na Oddziale Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu:

……………..……....zł

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

brutto za 1 (jeden) miesiąc udzielania świadczeń zdrowotnych.

1. Udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych w Poradni Urazowo-Ortopedycznej dla Dzieci

……………..……....zł

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

brutto za wykonanie 1 (jednego) punktu wynikającego z systemu określanego przez Narodowy Fundusz Zdrowia

1. Wykonanie procedur medycznych na Odddziale Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu

……………..……....%

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

za wykonanie 1 (jednego) punktu wynikającego z systemu JGP określanego przez Narodowy Fundusz Zdrowia

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

  *( podpis i pieczątka firmowa oferenta)*

1. **PROPONOWANY CZAS TRWANIA UMOWY**

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

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

  *( podpis i pieczątka firmowa oferenta)*