**Załącznik nr 2**

**Formularz ofertowy**

###### FORMULARZ OFERTOWY

**udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych na Oddziale Położniczo-Ginekologicznym, na Bloku Operacyjnym i na Izbie Przyjęć w SP ZOZ Zespole Szpitali Miejskich
w Chorzowie w godzinach normalnej ordynacji lekarskiej oraz/lub 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:

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

1. Nazwa banku oraz nr konta bankowego

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

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

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

  *( podpis i pieczątka firmowa oferenta)*

1. **CENA OFERTY**

Proponuję kwoty:

1. Udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych w Oddziale Położniczo-Ginekologicznym i na Bloku Ginekologicznym w czasie normalnej ordynacji oddziału od 725 do 1500:

……………..……....zł

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

brutto za 1 (jedną) godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych

1. Udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych w Oddziale Położniczo-Ginekologicznym, na Bloku Operacyjnym i na Izbie Przyjęć poza godzinami normalnej ordynacji lekarskiej w dzień powszedni w godzinach od 1500 do 725:

……………..……....zł

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

brutto za 1 (jedną) godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych

1. Udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych w Oddziale Położniczo-Ginekologicznym, na Bloku Operacyjnym i na Izbie Przyjęć poza godzinami normalnej ordynacji lekarskiej w dni wolne od pracy, niedziele i święta w godzinach od 725 do 725:

……………..……....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)*