**Załącznik nr 2**

**Formularz ofertowy**

###### FORMULARZ OFERTOWY

**do konkursu ofert na** **udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych na Oddziale Neonatologicznym 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 na Oddziale Neonatologicznym w czasie normalnej ordynacji oddziału od 725 do 1500:

……………..……....zł

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

brutto za 1 (jedną) godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych

1. Udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych na Oddziale Neonatologicznym 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 na Oddziale Neonatologicznym 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)*