**Załącznik nr 2**

**do Szczegółowych warunków konkursu**

**FORMULARZ OFERTY**

Zgłaszam ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych na rzecz pacjentów Szpitala Powiatowego im. dr Tytusa Chałubińskiego w Zakopanem w zakresie ginekologii i położnictwa realizowanych:

□ w podstawowych godzinach ordynacji i w czasie dyżuru medycznego,

□ w czasie dyżuru medycznego,

□ w podstawowych godzinach ordynacji

**Dane oferenta:**

Imię i nazwisko oferenta ……………………………………………………………………………………..…………………….………………….

Nazwa oferenta zgodnie z dokumentami rejestrowymi …………………………………………………………….…………………

**Adres siedziby firmy:**

Kod: ………………………………… miejscowość: …………………………………………….………………………………….……………………

Ulica i numer domu: ……………………………………………………………………………….……………………………….…………………….

Numer telefonu: …………………………………………………………… e-mail: ……………………………………………………………..…….

NIP: …………………………………………………………… REGON: ……………………………………………………………..………………..….

Specjalizacja w dziedzinie (stopień): …………………………………….………………………………………………………………..…….

**Adres do korespondencji (w przypadku, gdy jest inny niż adres j.w.)**

Kod: ………………………………… miejscowość: …………………………………………….………………………………….……………………

Ulica i numer domu: ……………………………………………………………………………….……………………………….…………………….

Numer telefonu: …………………………………………………………… e-mail: ……………………………………………………………..…….

1. Deklarowana liczba godzin wykonywania świadczeń zdrowotnych w ciągu miesiąca …..

(minimum 48 godzin miesięcznie)

1. Proponuję następujące warunki wynagrodzenia:
2. Wysokość stawki w kwocie za godziną wykonywania świadczeń zdrowotnych:
* w podstawowych godzinach ordynacji w godzinach od 7:30 do 15:30 w dni powszednie …………………… zł (brutto)
* w dni powszednie w godzinach od 15:30 do 7:30 …………………… zł. (brutto)
* w soboty, niedziele i święta ustawowo wolne od pacy pracy …………………… zł (brutto)

...............................………………………..

(podpis i pieczęć osoby uprawnionej do podpisania i złożenia oferty)