**Załącznik nr 2**

**do Szczegółowych warunków konkursu**

**OFERTA**

**Składana przez:**

**Lekarza specjalistę działającego w formie Indywidualnej praktyki lekarskiej**

**Lekarza w trakcie specjalizacji działającego w formie Indywidualnej praktyki lekarskiej**

**Inny podmiot\***

o udzielanie świadczeń zdrowotnych w siedzibie Udzielającego zamówienia w zakresie Anestezjologii i Intensywnej Terapii realizowanych:

□ w podstawowych godzinach ordynacji i w czasie dyżuru medycznego,

□ w czasie dyżuru medycznego,

□ w podstawowych godzinach ordynacji *\*\**

**1. Dane oferenta:**

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

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

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

tel. .........................

1. Deklarowana liczba godzin wykonywania świadczeń zdrowotnych w ciągu miesiąca: ……………
2. Proponuję następujące warunki wynagrodzenia:

* Wysokość stawki za godzinę wykonywania świadczeń zdrowotnych w kwocie………zł

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

{podpis i pieczęć osoby uprawnionej do podpisania i złożenia oferty

\* Niepotrzebne skreślić

\*\* Zaznaczyć odpowiednią kratkę