**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:

1. **Oddziału ……………**

realizowanych:

□ w podstawowych godzinach ordynacji i w czasie dyżuru medycznego,

□ w czasie dyżuru medycznego,

□ w podstawowych godzinach ordynacji *\**

*\*wybrać odpowiednią opcję*

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

1. **Poradni ……………**

realizowanych:

□ w podstawowych godzinach czasu pracy poradni

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

**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 jw.)**

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

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

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

1. Proponuję następujące warunki wynagrodzenia:
2. **Lekarz do ukończenia II roku specjalizacji (dotyczy SOR):**
3. Wysokość stawki w kwocie za godziną wykonywania świadczeń zdrowotnych w oddziale:

* w podstawowych godzinach ordynacji w tj. 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 pracy …………………… zł (brutto)

1. **Lekarz po II roku specjalizacji (dotyczy: SOR-lekarz systemu):**

* Wysokość stawki w kwocie za godziną wykonywania świadczeń zdrowotnych w SOR w podstawowych godzinach ordynacji w tj. 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 pracy …………………… zł (brutto)

1. **Lekarz specjalista (dotyczy: SOR, Oddziały, Poradnie):**
2. Wysokość stawki w kwocie za godziną wykonywania świadczeń zdrowotnych w oddziale:

* w podstawowych godzinach ordynacji w tj. 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 pracy …………………… zł (brutto)
* w czasie dyżurów łączonych: dotyczy oddziałów: chirurgii ogólnej i chirurgii urazowo- ortopedycznej lub pediatrii i neonatologii w dni powszednie w godzinach od 15:30 do 7:30, soboty, niedziele i święta ustawowo wolne od pracy …………………… zł (brutto)

1. Wysokość wynagrodzenia za wykonywanie świadczeń w poradni:

* ….. % wynagrodzenia, które Udzielający Zamówienia otrzyma za te usługi zgodnie z umową na świadczenia opieki zdrowotnej zawartą z Małopolskim Oddziałem Narodowego Funduszu Zdrowia

1. **Lekarz bez specjalizacji udzielający świadczeń w Poradni Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej: Wysokość stawki w kwocie za godziną wykonywania świadczeń zdrowotnych**:

* w dni powszednie w godzinach od 18:00 do 8:00 …………………… zł. (brutto)
* w soboty, niedziele i święta ustawowo wolne od pracy …………………… zł (brutto)

1. **Lekarz specjalista udzielający świadczeń w Poradni Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej: Wysokość stawki w kwocie za godziną wykonywania świadczeń zdrowotnych**:

* w dni powszednie w godzinach od 18:00 do 8:00 …………………… zł. (brutto)
* w soboty, niedziele i święta ustawowo wolne od pracy …………………… zł (brutto)

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

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