**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 diagnostyki laboratoryjnej w Laboratorium/ Pracowni Mikrobiologii/ w Pracowni Immunologii Transfuzjologicznej[[1]](#footnote-1):

**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: ……………………………..…………

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

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

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

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

Posiadane kwalifikacje zawodowe:

Nr prawa wykonywania zawodu…….

Posiadane specjalizacje, kursy, uprawnienia certyfikaty, uzyskane stopnie lub tytuły naukowe.

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

Proponuję następujące warunki wynagrodzenia:

Wysokość stawki w kwocie za godziną wykonywania świadczeń zdrowotnych ……………..

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

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

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

1. Wybrać właściwe [↑](#footnote-ref-1)