**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:

1. **Oddział ……………**

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 …..

**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, Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii):**
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)

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

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