Szczegółowe warunki konkursu ofert

na udzielanie przez lekarzy szpitalnych oraz ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych w zakresie urologii  
w Szpitalu Powiatowym im. dr Tytusa Chałubińskiego,  
 ul. Kamieniec 10, 34-500 Zakopane

**Załącznik nr 2**

**do Szczegółowych Warunków Konkursu**

**Formularz ofertowy**

Nazwa Oferenta: …………………………………………………………………………………..

Adres Oferenta: …………………………………………………………………………………...

NIP: ……………………………… REGON: …………………………….

KRS: ……………………………. Wpis dokonany przez Sąd ……………………………………

Nr księgi rejestrowej PWDL: ……………………… prowadzonej przez :… …………………………….

Numer telefonu/fax--u ……………………………………………………………………………

Adres e-mail: ……………………………………………………………..

NR SPRAWY DON-4240-1/24

1. Odpowiadając na Konkurs ofert na udzielanie przez lekarzy szpitalnych oraz ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych w zakresie urologii w Szpitalu Powiatowym im. dr Tytusa Chałubińskiego w Zakopanem, zgodnie z warunkami określonymi w Szczegółowych warunkach konkursu ofert, oferuję wykonanie przedmiotu umowy za:

* ………….. % wartości wykonanych świadczeń w Oddziale, określonej na podstawie aktualnie obowiązującej umowy Udzielającego zmówienie z NFZ.
* ………….. % wartości wykonanych świadczeń w Poradni, określonej na podstawie aktualnie obowiązującej umowy Udzielającego zmówienie z NFZ.

1. Udział w kosztach dyżuru lekarskiego w Oddziale w wysokości ……….zł brutto za godzinę.

………………………………………..

data i podpis Oferenta

Szpital Powiatowy im. dr Tytusa Chałubińskiego w Zakopanem

Nr sprawy DON – 4240-1/24