

Załącznik Nr 1**FORMULARZ OFERTOWY**

w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych w Oddziale Chirurgii Ogólnej Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej w Ostrowie Wielkopolskim przez lekarzy specjalistów w dziedzinie chirurgii ogólnej prowadzących działalność leczniczą

1. Dane oferenta

<i>Imię i Nazwisko lub Nazwa Firmy</i>			
<i>Adres siedziby firmy</i>			
<i>NIP/KRS</i>			
<i>Nr prawa wykonywania zawodu</i>		<i>Telefon kontaktowy</i>	
<i>Posiadana/e specjalizacja/e trakcie specjalizacji (jakiej)</i>			

2. Stawka za godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych:

	<i>Udzielanie świadczeń zdrowotnych</i>
<i>Stawka za godzinę - dopołudniowa:</i>	- PLN
<i>Stawka za godzinę dyżuru:</i>	- PLN
	<i>Pozostawanie w gotowości</i>
<i>Stawka za godzinę pozostawania w gotowości:</i>	- PLN

3. Dokumenty wymagane w dziale VIII szczegółowych warunków konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych:

- 1).....
- 2).....
- 3).....
- 4).....
- 5).....

6).....

a) oświadczam, że zapoznałem/łam się z treścią ogłoszenia o konkursie, szczegółowymi warunkami konkursu ofert oraz projektem umowy i nie zgłaszam zastrzeżeń

b) jestem gotowy/a do realizacji świadczeń podanych w ofercie w okresie wskazanym w warunkach konkursu ofert

c) jestem związany/a niniejszą ofertą przez okres 60 dni od daty upływu terminu składania ofert.

.....
(Miejscowość, data sporządzenia oferty)

.....
(Podpis: imię i nazwisko oferenta)