*Załącznik nr 2 do SWK*

# OFERTA

**na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zespołach specjalistycznych ratownictwa medycznego**

Imię i nazwisko oferenta

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

Nr telefonu do kontaktu Adres e-mail

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

Nazwa indywidualnej praktyki lekarskiej

……………………………………………………………………………………………………………

Nr REGON ……………………………………………………………………………………………………………

Nr NIP Nr PESEL ……………………………………………………………………………………………………………

Nr wpisu do rejestru indywidualnych praktyk lekarskich w rejestrze IL

……………………………………………………………………………………………………………

Miejsce zamieszkania

……………………………………………………………………………………………………………

Adres siedziby indywidualnej praktyki lekarskiej, jeżeli jest inny niż miejsce zamieszkania

……………………………………………………………………………………………………………

Nr prawa wykonywania zawodu lekarza i data wydania

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

Nazwa i stopień posiadanej specjalizacji z datą wydania dyplomu lub nazwa odbywanej specjalizacji z datą rozpoczęcia specjalizacji, w innym przypadku proszę wpisać „bez specjalizacji”

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

Posiadane certyfikaty, kursy, szkolenia:

**ALS** tak/nie\* data uzyskania …………………, inne: ….…………………………………..

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

**Oferent deklaruje następującą ilość godzin dyżurów:**

**- miesięcznie ........................... godzin**

**(słownie: ........……..................................................................…) (minimum 55 godz.)**

**w tym:**

**- w dni powszednie w godz. 700-1500 ................ godzin miesięcznie**

**(słownie: ….............…...............................................………) (minimum 16 godz.)**

**- w dni powszednie ................ godzin miesięcznie**

**(słownie: ….............…...............................................………) (minimum 16 godz.)**

**- w soboty, niedziele i święta ............... godzin miesięcznie**

**(słownie:..................................................................................) (minimum 23 godz.)**

**Propozycja cenowa oferenta za godzinę świadczenia na rzecz** **udzielającego zamówienia**:

W Zespołach Ratownictwa Medycznego w stacjach w Bielsku-Białej:

-w dni powszednie …………………………..**zł/godz**

-w soboty, niedziele i święta - **………….zł/godz**

W Zespołach Ratownictwa Medycznego w stacjach: Czechowice-Dziedzice, Jasienica, Kobiernice, Szczyrk:

-w dni powszednie ………………………….**zł/godz**

-w soboty, niedziele i święta - **………….zł/godz**

…………………………………………. ……………………………………………….

( miejscowość, data ) ( podpis oferenta)

*Do ofert załączam następujące dokumenty :*

1. ………………………………………………….
2. ………………………………………………….
3. ………………………………………………….
4. ………………………………………………….
5. ………………………………………………….
6. ………………………………………………