*Załącznik nr 3 do SWK*

# OFERTA

**na udzielanie świadczeń zdrowotnych**

**w nocnej i świątecznej opiece zdrowotnej na rzecz POZ**

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:

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

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

**Oferent deklaruje następującą ilość godzin dyżurów:**

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

**(słownie: ........……..................................................................…) (minimum 51 godz.)**

**w tym:**

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

**(słownie: ….............…...............................................………) (minimum 28 godz.)**

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

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

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

Nocna i świąteczna opieka lekarska w Ambulatorium w Bielsku-Białej:

- w dni powszednie - **………….zł/godz**

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

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

Nocna i świąteczna opieka lekarska w Ambulatoriach w Czechowicach – Dziedzicach, Kobiernicach i Szczyrku:

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

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

Nocna i świąteczna opieka lekarska w Ambulatorium w Kobiernicach dla lekarzy wybranych w konkursie na świadczenia zdrowotne w Poradni Lekarza Rodzinnego

- 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. …………………………………………………