*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:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **dni powszednie****15.00-7.00** | **soboty, niedziele i święta** | **Dni powszednie****7.00-15.00** |
| Lekarz systemu w Zespole Ratownictwa Medycznego w stacji w Bielsku-Białej | ………zł/godz. | ………zł/god | ........zł/godz |
| Lekarz systemu w Zespole Ratownictwa Medycznego w stacjach: Kobiernice, Szczyrk | ………zł/godz. | ………zł/god | ........zł/godz |

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

 ( miejscowość, data ) ( podpis oferenta)

*Do oferty załączam następujące dokumenty :*

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