*Załącznik nr 5 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 w godz. 1500-700................ 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** | **soboty, niedziele i święta** |
| Lekarz systemu w Zespole Ratownictwa Medycznego w stacji Bielsko-Biała | ………zł/godz. | ………zł/godz. |
| Lekarz systemu w Zespole Ratownictwa Medycznego w stacji Kobiernice  | ………zł/godz. | ………zł/godz. |

 …………………………………………. ………………………………………………. (miejscowość, data) (podpis oferenta)

*Do oferty załączam następujące dokumenty:*

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