*Załącznik nr 6 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**:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **dni powszednie** | **soboty, niedziele i święta** |
| Lekarz nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej w Czechowicach-Dziedzicach  | ............zł/godz. | .............zł/godz. |
| Lekarz nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej w Szczyrku i Jasienicy | ............zł/godz. | .............zł/godz. |
| Lekarz nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej w Kobiernicach | ............zł/godz. | .............zł/godz. |

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

(miejscowość, data) (podpis oferenta)

*Do oferty załączam następujące dokumenty :*

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