#### Oferta na wykonywanie świadczeń zdrowotnych do

#### konkursu nr PCZ/ZPO/3380/10/2022

Dane oferenta

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko/nazwa firmy |  |
| Adres zamieszkania  lub siedziby |  |
| NIP, PESEL , REGON |  |
| Telefon i e-mail |  |

Niniejszym zgłaszam ofertę na wykonywanie świadczeń zdrowotnych objętych niniejszym konkursem i wyrażam wolę wykonywania tych świadczeń przy wykorzystaniu bazy lokalowej, aparatury i sprzętu medycznego oraz środków transportu i łączności udzielającego zamówienia w **Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii i Blokach Operacyjnych:**

1. w zakresie świadczeń zdrowotnych opisanych w załączniku nr 1 do Ogłoszenia o konkursie – rozdz. II pkt 1 oczekuję …….…..................zł (słownie .……..………………………...................................zł) brutto wynagrodzenia ***za godzinę udzielania świadczeń i deklaruję średnio miesięcznie…………..godzin dyżurów***;
2. w zakresie świadczeń zdrowotnych opisanych w załączniku nr 1 do Ogłoszenia o konkursie – rozdz. II pkt 2, oczekuję …….…..........zł (słownie ……………………...........................zł) brutto wynagrodzenia ***za każdy wszczepiony port naczyniowy***;
3. w zakresie świadczeń zdrowotnych opisanych w załączniku nr 1 do Ogłoszenia o konkursie – rozdz. II pkt 3, oczekuję …….…................zł (słownie …………………………….......................zł) brutto wynagrodzenia miesięcznego- ryczałt **za organizację i koordynowanie.**

…………………………………………………………..

*podpis osoby upoważnionej do reprezentowania oferenta*

**Oświadczam, że** zapoznałem się z treścią ogłoszenia niniejszego konkursu wraz z załącznikami,– akceptuje zawarte w nich warunki i zobowiązuje się do ich przestrzegania podczas procedury konkursowej i w przypadku wyboru oferty,

………………………………………………………..

*podpis osoby upoważnionej do reprezentowania oferenta*