Załącznik nr 1.1 Pakiet 3

**OFERTA**

**na udzielanie przez Kierownika Oddziału świadczeń zdrowotnych**

**w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii Szpitala Powiatowego w Zawierciu**

**I. Dane Oferenta:**

Nazwa

Adres

NIP Regon

Tel. Fax

e-mail: www.

**II. Oferta**

Oferuję udzielanie świadczeń zdrowotnych określonych w szczegółowych warunkach konkursu ofert wraz   
z załącznikami na następujących warunkach:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Pakiet** | **Opis** | **średniomiesięczna ilość godzin** | **łączna ilość godzin w okresie 24 miesięcy** | **kwota za godzinę udzielania świadczeń medycznych** | **łączna wartość oferty w okresie 24 miesięcy** |
| 1 | godziny ordynackie 7:30 - 15:00\* |  |  |  |  |
| 2 | godziny dyżurowe 15:00 – 7:30\* |  |  |  |  |

\* minimalna średniomiesięczna liczba godzina wynosi 60. Oferty niespełniające warunku zostaną odrzucone

Dane personelu lekarskiego, który będzie udzielał Świadczeń:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko** | **Kwalifikacje zawodowe**  **Specjalizacja** | **Nr PWZ** | **Podstawa dysponowania osobą** (umowa o pracę/kontrakt/samozatrudnienie) |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Ponadto oświadczam, że:

1. w dniu rozpoczęcia udzielania specjalistycznych świadczeń medycznych nie będę związany   
   z Udzielającym zamówienia stosunkiem pracy i nie będę posiadał obowiązującej umowy o pracę;
2. zapoznałem/-am się szczegółowo z warunkami konkursu i uzyskałem/-am wszystkie informacje niezbędne do przygotowania oferty i nie zgłaszam w tym zakresie żadnych uwag;
3. zapoznałem /-am się z treścią wzorów umów i akceptuję jego treść bez zastrzeżeń.

…………………………………………..

Data i Podpis Oferenta