

## OFERTA

na udzielanie przez Zastępcę 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	łącznie ilość godzin w okresie 24 miesięcy	kwota za godzinę udzielania świadczeń medycznych	łącznie wartość oferty w okresie 24 miesięcy
1	godziny ordynackie 7:30 - 15:00				
2	godziny dyżurowe 15:00 – 7:30				

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:

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

.....  
Data i Podpis Oferenta