

Sosnowiec, dnia .....

**Centrum Zdrowia Dziecka i Rodziny  
im. Jana Pawła II  
w Sosnowcu sp. z o.o.  
ul. G. Zapolskiej 3  
41-218 Sosnowiec**

***Oferta konkursowa nr 4/2024***

**Dane Oferenta:**

Nazwa Oferenta

.....  
.....  
.....

Adres

.....  
.....  
.....

Adres do korespondencji ( w przypadku, gdy jest inny niż adres oferenta j.w.)

.....

Nr telefonu.....

W nawiązaniu do ogłoszonego konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych  
w zakresie.....

(ogłoszenie - tablica ogłoszeń w/m, strona internetowa Centrum Zdrowia Dziecka i Rodziny  
im. Jana Pawła II sp. z o.o. w Sosnowcu) oferuję wykonanie przedmiotu konkursu:

**1. Formularz cenowy**

Rodzaj udzielanych świadczeń	Szacunkowa średniomiesięcz na ilość godzin	Proponowana ilość godzin możliwych do udzielania świadczeń zdrowotnych przez Oferenta	Proponowana kwota ryczału z tytułu udzielania świadczeń zdrowotnych w ilości 160 h miesięcznie przez Oferenta
<b>a) Lekarz w :</b>			
• Szpitalnym Oddziale Ratunkowym, w tym kierowanie oddziałem	<b>160 godzin</b>		
• Szpitalnym Oddziale Ratunkowym, w tym pełnienie funkcji z-cy kierownika oddziału	<b>160 godzin</b>		
• Szpitalnym Oddziale Ratunkowym,	<b>320 godzin</b>		

Rodzaj udzielanych świadczeń	Szacunkowa średniomiesięczna ilość godzin	Sugerowana stawka za godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych	Proponowana ilość godzin możliwych do udzielania świadczeń zdrowotnych przez Oferenta	Proponowana kwota brutto za godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych przez Oferenta
<b>a) Lekarz pełniący dyżur medyczny w SOR:</b>				
• dyżur zwykły (w dni powszednie)	<b>425 godzin</b>	140 zł		
• dyżur świąteczny (w soboty, niedziele i inne dni ustawowo wolne od pracy)	<b>279 godziny</b>	150 zł		

**2. Okres, na jaki została złożona oferta .....**

.....  
(podpis i pieczęć osoby uprawnionej do podpisania i złożenia oferty)