

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 5/2024

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 średniomiesięczna ilość godzin	Proponowana ilość godzin możliwych do udzielania świadczeń zdrowotnych przez Oferenta	Proponowana kwota ryczałtu z tytułu udzielania świadczeń zdrowotnych w ilości 160 h miesięcznie przez Oferenta
a) Lekarz w :			
• Szpitalnym Oddziale Ratunkowym	320 godzin		

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
a) Lekarz pełniący dyżur medyczny w SOR:				
• dyżur zwykły (w dni powszednie)	307 godzin	170,00 zł		
• dyżur świąteczny (w soboty, niedziele i inne dni ustawowo wolne od pracy)	240 godzin	180,00 zł		

2. Okres, na jaki została złożona oferta

.....

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