

**O F E R T A**

**na udzielanie świadczeń zdrowotnych w w zakresie dyżuru medycznego z wynagrodzeniem zmiennym oraz w zakresie pozostawania w gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych**

**Dane oferenta:**

1. Imię i nazwisko .....

2. Adres .....

3. Nazwa: .....

.....  
.....

Oferent prowadzi działalność leczniczą w formie:

.....  
.....

4. Nr prawa wykonywania zawodu .....

5. PESEL .....

6. NIP .....

7. Specjalizacja w zakresie (stopień specjalizacji) .....

lub otwarta specjalizacja ( od ..... ) z zakresu .....

8. Telefon kontaktowy .....

9. Oferent posiada aktualne obowiązkowe ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej (OC)\*

Oferent zobowiązuje się do przedłożenia kopii polisy oc na dzień podpisania umowy.\*

( \* niepotrzebne skreślić )

10. Zakres oferowanych świadczeń (np. Choroby Wewnętrzne, Chirurgia Ogólna, **Stacja Pogotowia Ratunkowego Rydułtowy/Wodzisław Śl.** itp.)

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

11. Ilość oferowanych dyżurów medycznych (tygodniowo):.....

Ilość oferowanych dyżurów medycznych w zakresie pozostawania w gotowości (tygodniowo).....

12. Proponowana cena za oferowane świadczenia w kwocie

- za dyżur medyczny - 16 godzin 25 minut - ..... zł \* ilość dyżurów

- za dyżur medyczny - 24 godzin - ..... zł \* ilość dyżurów

- za pozostawanie w gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych - 16 godzin 25 minut - ..... zł \* ilość dyżurów

- za pozostawanie w gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych - 24 godzin - ..... zł \* ilość dyżurów

.....  
podpis i pieczęć oferenta  
( lub podpis osoby upoważnionej)