***Załącznik nr 1***

**FORMULARZ OFERTOWY**

**NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH PRZEZ**

**LEKARZA W IZBIE PRZYJĘĆ**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa oferenta: | Adres oferenta: |
| Kod pocztowy i miejscowość: | PESEL |
| Numer NIP | Numer REGON |
| Numer telefonu: | Adres email: |

1. Kwalifikacji zawodowe (należy zaznaczyć właściwe)

Lekarz posiadający specjalizację lub tytuł specjalisty w dziedzinie chirurgii ogólnej, chirurgii dziecięcej, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, ortopedii i traumatologii:

Lekarz posiadający specjalizację lub tytuł specjalisty w dziedzinie: anestezjologii   
i intensywnej terapii, medycyny ratunkowej lub neurologii albo lekarza po drugim roku specjalizacji w tej dziedzinie, który kontynuuje szkolenie specjalizacyjne, lekarz posiadający specjalizację lub tytuł specjalisty w dziedzinie: chorób wewnętrznych, kardiologii lub pediatrii, lekarz, który w ramach szkolenia specjalizacyjnego ukończył moduł podstawowy w dziedzinie: chorób wewnętrznych, pediatrii lub chirurgii ogólnej i kontynuuje lub zakończył szkolenie specjalizacyjne oraz uzyskał tytuł specjalisty:

Doświadczenia zawodowego w zawodzie lekarza

Powyżej 10 lat

Do 10 lat

Oferowana liczba godzin do przepracowania w każdym miesiącu, przy czym minimalna liczba nie może być niższa niż 24 godziny ( należy wpisać wartość )

………………………………………..

Oferuję następującą stawkę ryczałtową za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych przez Lekarza   
w Izbie Przyjęć ( należy wpisać wartość )

…………………………….…….zł

(słownie …..………………………..…………………….……………………………………..złotych)

Załączone dokumenty:

1. …………………………………………………………………………..
2. …………………………………………………………………………..
3. …………………………………………………………………………..
4. …………………………………………………………………………..
5. …………………………………………………………………………..
6. ………………………………………………………………………….
7. ………………………………………………………………………….
8. …………………………………………………………………………..

………………………………………..

Podpis Oferenta