

**FORMULARZ OFERTOWY**

**Świadczenie usług lekarskich na zasadach dyżuru w Zagłębiowskim Hospicyjnym Centrum Wsparcia Opiekuńczo-Rehabilitacyjno-Psychologicznym”**

**1. ZAMAWIAJĄCY**

Hospicjum Sosnowieckie im. św. Tomasza Ap.  
ul. Mjr H. Hubala- Dobrzańskiego 131 , 41-218 Sosnowiec  
Tel. (32) 32 832 94 00

**2. OFERENT**

**Imię i Nazwisko/Nazwa** .....

**Adres zamieszkania/siedziby** .....

**Nr telefonu** .....

**e-mail** .....

**Nr prawa wykonywanie zawodu** .....

**( w przypadku osoby fizycznej)**

**Pesel ( w przypadku osoby** .....

**fizycznej) / NIP** .....

Osoba wyznaczona do kontaktu w sprawie treści oferty

..... tel. ....

Składam ofertę na wykonanie usług lekarskich podczas dyżurów lekarskich w zakresie zadania pn: „Razem możemy lepiej – program wsparcia dla osób niesamodzielnych i ich opiekunów” zgodnie z zapytaniem nr 03/01/2019/EFS.

Oferuję wykonanie zamówienia na poniższych warunkach

LP.	Miejsce świadczenia usługi	Ilość godz. w miesiącu	Cena brutto zł	Wartość brutto miesięcznie
1	Dyżur w oddziale stacjonarnym – gotowość		...../ za 1 h	
2.	Dyżur w oddziale stacjonarnym – przyjazd na dodatkowe wezwanie	<b>X</b>	...../ za 1 przyjazd	<b>X</b>
3	Wizyta wyjazdowa do środowiska	<b>X</b>	..... / za 1 wizytę	<b>X</b>

Oświadczam iż usługę będę świadczył w okresie od podpisania umowy do 31.01.2020r. zgodnie z uzgodnionym co miesiąc z Zamawiającym grafikiem dyżurów.

.....  
Data i podpis Oferenta