

## FORMULARZ OFERTOWY

Świadczenie usług lekarskich na zasadach dyżuru w Zagłębiowskim Hospicyjnym Centrum Wsparcia Opiekuńczo-Rehabilitacyjno-Psychologicznym prowadzonym przez Hospicjum Sosnowieckie im. św. Tomasza Ap.

### 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: „Niesprawność nie musi być barierą – kompleksowe działania opiekuńcze dla osób 60+” zgodnie z zapytaniem nr 07/2020/EFS/9.2.5.

Oferuję wykonanie zamówienia na poniższych warunkach:

#### ZAKRES I

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 31.12.2021r. zgodnie z uzgodnionym co miesiąc z Zamawiającym grafikiem dyżurów.

#### ZAKRES II

LP.	Miejsce świadczenia usługi	Cena brutto za 3 h dyżur raz w tygodniu
1	Dyżur w Dziennym Ośrodku Opieki	

Oświadczam iż usługę będę świadczył w okresie od podpisania umowy do 31.12.2021r

.....  
Data i podpis Oferenta

