Załącznik nr 5 do Zapytania 10/EFS 9.2.1/2022

**FORMULARZ OFERTOWY**

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

## ZAMAWIAJĄCY

Hospicjum Sosnowieckie im. św. Tomasza Ap.

ul. Mjr H. Hubala- Dobrzańskiego 131 , 41-218 Sosnowiec

Tel. (32) 32 832 94 00

## 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:** „***Usługi społeczne dla osób niesamodzielnych w Zagłębiowskim Centrum Wsparcia Opiekuńczo-Rehabilitacyjno-Psychologicznego”*** zgodnie z zapytaniem nr 10/EFS 9.2.1/2022

**Oferuję wykonanie zamówienia na poniższych warunkach:**

**ZAKRES**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **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** | **x** | ……………/ za 1 przyjazd | **x** |
| 3 | **Wizyta wyjazdowa do środowiska** | **x** | …………….. / za 1 wizytę | **x** |

Oświadczam iż usługę będę świadczył w okresie od podpisania umowy do 31.12.2022r. zgodnie z uzgodnionym co miesiąc z Zamawiającym grafikiem dyżurów.

 ………………………………………………..

 Data i podpis Oferenta