Załącznik nr 5 do Zapytania 8/EFS 9.2.1/2023

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:** ***„Usługi społeczne dla osób niesamodzielnych w Zagłębiowskim Centrum Wsparcia Opiekuńczo-Rehabilitacyjno-Psychologicznego”*** zgodnie z zapytaniem nr 8/EFS 9.2.1/2023

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 w dni powszednie**		……/ za 1 h	
	Dyżur w oddziale stacjonarnym – gotowość w dni wolne i święta		……/ za 1 h	
	Dyżur w oddziale stacjonarnym – przyjazd na dodatkowe wezwanie		……/ za 1 przyjazd	
3	**Wizyta wyjazdowa do środowiska**	**X**	…… / za 1 wizytę	**X**

Oświadczam iż usługę będę świadczył w okresie od podpisania umowy do 30.06.2023r. zgodnie z uzgodnionym co miesiąc z Zamawiającym grafikiem dyżurów.

……..
Data i podpis Oferenta