Załącznik nr 2 do WKO

**FORMULARZ OFERTY**

* 1. Imię i nazwisko Oferenta:

…………………………………...................………………………………………………………………………………….

* 1. Nazwa, pod którą Oferent prowadzi działalność leczniczą:

…………………………………...................……………………………………………………………………………………

* 1. Adres Oferenta:

…………………………………...................……………………………………………………………………………………

* 1. Adres Oferenta do korespondencji (jeśli inny niż adres wskazany w pkt 3):

……………………………………………………………………………………………………………………………………………

* 1. NIP: ................................................................................................................
  2. REGON: ...........................................................................................................
  3. Numer księgi rejestrowej Oferenta w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą\*:

......................................................................................................................

* 1. Numer telefonu kontaktowego do Oferenta:

…………………….......................................................................................………………

* 1. Osoby uprawnione do reprezentowania Oferenta w tym składania w jego imieniu oświadczeń woli:

……………………………..................................................................................………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………

\*dotyczy przypadku kiedy Oferent posiada wpis do rpwdl

* 1. Cena brutto za jedną godzinę pełnienia dyżuru medycznego:

**Strona A**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1** | **2** | **3** |
| **Numer pakietu** | **Opis pakietu** | **Cena brutto za jedną godzinę pełnienia dyżuru medycznego** |
| I | pierwszy, trzeci i piąty poniedziałek miesiąca w godzinach od 15:00 do 07:30 dnia następnego | 1. dzień roboczy: …………… zł/1 godzina   (słownie: ……………………………………………………………………………….)   1. dzień ustawowo uznany za wolny od pracy: …………… zł/1 godz.   (słownie: ……………………………………………………………………………….) |
| II | drugi i czwarty poniedziałek miesiąca w godzinach od 15:00 do 07:30 dnia następnego | 1. dzień roboczy: …………… zł/1 godzina   (słownie: ……………………………………………………………………………….)   1. dzień ustawowo uznany za wolny od pracy: …………… zł/1 godz.   (słownie: ……………………………………………………………………………….) |
| III | pierwszy, trzeci i piąty wtorek miesiąca w godzinach od 15:00 do 07:30 dnia następnego | 1. dzień roboczy: …………… zł/1 godzina   (słownie: ……………………………………………………………………………….)   1. dzień ustawowo uznany za wolny od pracy: …………… zł/1 godz.   (słownie: ……………………………………………………………………………….) |
| IV | drugi i czwarty wtorek miesiąca w godzinach od 15:00 do 07:30 dnia następnego | dzień roboczy: …………… zł/1 godzina  (słownie: ……………………………………………………………………………….) |
| V | pierwsza, trzecia i piąta środa miesiąca w godzinach od 15:00 do 07:30 dnia następnego | 1. dzień roboczy: …………… zł/1 godzina   (słownie: ……………………………………………………………………………….)   1. dzień ustawowo uznany za wolny od pracy: …………… zł/1 godz.   (słownie: ……………………………………………………………………………….) |
| VI | druga i czwarta środa miesiąca w godzinach od 15:00 do 07:30 dnia następnego | 1. dzień roboczy: …………… zł/1 godzina   (słownie: ……………………………………………………………………………….)   1. dzień ustawowo uznany za wolny od pracy: …………… zł/1 godz.   (słownie: ……………………………………………………………………………….) |
| VII | pierwszy, trzeci i piąty czwartek miesiąca w godzinach od 15:00 do 07:30 dnia następnego | dzień roboczy: …………… zł/1 godzina  (słownie: ……………………………………………………………………………….) |
| VIII | drugi i czwarty czwartek miesiąca w godzinach od 15:00 do 07:30 dnia następnego | 1. dzień roboczy: …………… zł/1 godzina   (słownie: ……………………………………………………………………………….)   1. dzień ustawowo uznany za wolny od pracy: …………… zł/1 godz.   (słownie: ……………………………………………………………………………….) |
| IX | pierwszy, trzeci i piąty piątek miesiąca w godzinach od 15:00 do 07:30 dnia następnego | 1. dzień roboczy: …………… zł/1 godzina   (słownie: ……………………………………………………………………………….)   1. dzień ustawowo uznany za wolny od pracy: …………… zł/1 godz.   (słownie: ……………………………………………………………………………….) |
| X | drugi i czwarty piątek miesiąca w godzinach od 15:00 do 07:30 dnia następnego | 1. dzień roboczy: …………… zł/1 godzina   (słownie: ……………………………………………………………………………….)   1. dzień ustawowo uznany za wolny od pracy: …………… zł/1 godz.   (słownie: ……………………………………………………………………………….) |
| XI | pierwsza, trzecia i piąta sobota miesiąca w godzinach od 07:30 do 07:30 dnia następnego | dzień ustawowo uznany za wolny od pracy: …………… zł/1 godz.  (słownie: ……………………………………………………………………………….) |
| XII | druga i czwarta sobota miesiąca w godzinach od 07:30 do 07:30 dnia następnego | dzień ustawowo uznany za wolny od pracy: …………… zł/1 godz.  (słownie: ……………………………………………………………………………….) |
| XIII | pierwsza, trzecia i piąta niedziela miesiąca w godzinach od 07:30 do 07:30 dnia następnego | dzień ustawowo uznany za wolny od pracy: …………… zł/1 godz.  (słownie: ……………………………………………………………………………….) |
| XIV | druga i czwarta niedziela miesiąca w godzinach od 07:30 do 07:30 dnia następnego | dzień ustawowo uznany za wolny od pracy: …………… zł/1 godz.  (słownie: ……………………………………………………………………………….) |

**Strona B**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1** | **2** | **3** |
| **Numer pakietu** | **Opis pakietu** | **Cena brutto za jedną godzinę pełnienia dyżuru medycznego** |
| XV | pierwsza, trzecia i piąta sobota miesiąca w godzinach od 07:30 do 07:30 dnia następnego | dzień ustawowo uznany za wolny od pracy: …………… zł/1 godzina  (słownie: ……………………………………………………………………………….) |
| XVI | druga i czwarta sobota miesiąca w godzinach od 07:30 do 07:30 dnia następnego | dzień ustawowo uznany za wolny od pracy: …………… zł/1 godzina  (słownie: ……………………………………………………………………………….) |
| XVII | pierwsza, trzecia i piąta niedziela miesiąca w godzinach od 07:30 do 07:30 dnia następnego | dzień ustawowo uznany za wolny od pracy: …………… zł/1 godzina  (słownie: ……………………………………………………………………………….) |
| XVIII | druga i czwarta niedziela miesiąca w godzinach od 07:30 do 07:30 dnia następnego | dzień ustawowo uznany za wolny od pracy: …………… zł/1 godzina  (słownie: ……………………………………………………………………………….) |

..…………………………………….

data i podpis Oferenta