**Załącznik nr 1** do Szczegółowych warunków konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych nr 6/2024 na rzecz SPZOZ w Nowym Mieście nad Pilicą

**FORMULARZ OFERTOWY**

**w ramach konkursu ofert na świadczenia opieki zdrowotnej nr 6/2024:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Imię i nazwisko  lub nazwa podmiotu  oraz adres |  | | | | |
| PESEL |  | NIP |  | REGON |  |
| Nr tel. kontaktowego |  | | | | |
| Adres e-mail |  | | | | |

**Oferuję udzielanie świadczeń zdrowotnych (właściwe zaznaczyć znakiem X w lewej kolumnie) i proponuję stawkę za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych (w pełnych złotych):**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | **Udzielanie porad w poradni podstawowej opieki zdrowotnej w Nowym Mieście nad Pilicą i w Drzewicy** | **…………... zł**  za 1 godzinę świadczeń |
| 2 | **Udzielanie świadczeń z zakresu otolaryngologii w Przychodni Rejonowej w Nowym Mieście nad Pilicą** | ….. % kwoty za każdy 1 punkt zakontraktowany i należny Świadczeniobiorcy od NFZ |
| 3 | **Pełnienie dyżurów w Nocnej i Świątecznej Opiece Zdrowotnej w dni robocze** | **…………... zł**  za 1 godzinę świadczeń: |
| 4 | **Pełnienie dyżurów w Nocnej i Świątecznej Opiece Zdrowotnej w niedzielę i święta oraz w dni wolne od pracy** | **…………... zł**  za 1 godzinę świadczeń |

Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia o konkursie, szczegółowymi warunkami konkursu ofert oraz projektem umowy i nie zgłaszam zastrzeżeń.

**Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody\*** na przetwarzanie danych osobowych dla potrzeb przyszłych rekrutacji – w okresie do 2 lat od daty złożenia niniejszej oferty. W każdej chwili mogę wycofać zgodę.

………………………………… ………………………………….

Miejscowość, data sporządzenia oferty podpis Oferenta

**\* Niepotrzebne skreślić**