

FORMULARZ OFERTOWY

NAZWA OFERENTA _____

ADRES OFERENTA _____

NUMER TELEFONU _____

NUMER FAKSU _____

ADRES POCZTY (E-MAIL) _____

DANE TELEADRESOWE NR TELEFONU _____

OSOBY DO KONTAKTU (jeśli NR FAKSU _____

taka osoba została _____

wyznaczona) ADRES E-MAIL _____

NR POSTĘPOWANIA 4/2026

Odpowiadając na zaproszenie do wzięcia udziału w konkursie ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu leczenia szpitalnego w Oddziale Neurochirurgicznym, leczenia ambulatoryjnego w Poradni Neurochirurgicznej z jednoczesnym pełnieniem funkcji Lekarza Kierującego Oddziałem Neurochirurgicznym w Szpitalu Specjalistycznego Ducha Świętego w Sandomierzu, ul. Schinzła 13, 27-600 Sandomierz, zgodnie z warunkami określonymi w Szczegółowych warunkach konkursu ofert, oferuję:

Rodzaj	Miesięczna liczba godzin udzielania świadczeń zdrowotnych w dni powszednie w dni wolne od pracy, niedziele i święta
Świadczenie usług med. w siedzibie udzielającego zamówienie, – Oddział Neurochirurgiczny j i Poradnia Neurochirurgiczna	10 ⁰⁰ - 14 ⁰⁰ (dyżur med.) - 24 ⁰⁰ (dyżur med. w dni wolne od pracy niedziele i święta) -

..... zł. za godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w dni powszednie,

..... zł. za godzinę dyżuru medycznego w dni powszednie, dni wolne od pracy, niedziele i święta,

..... % za wykonane i rozliczone procedury medyczne w dni powszednie w Oddziale Neurochirurgicznym,

.....% za wykonane i rozliczone procedury onkologiczne (DILO) i procedury neurochirurgiczne u pacjentów poniżej 18 roku życia w dni powszednie w Oddziale Neurochirurgicznym,

.....% za wykonane i rozliczone procedury medyczne w dni wolne od pracy, niedziele i święta w Oddziale Neurochirurgicznym,

.....zł. za godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w Poradni Neurochirurgicznej.

.....
data i podpis oferenta