Załącznik nr 1 do SWKO

**Formularz ofertowy – usługi lekarskie**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii**  *(lekarze specjaliści)*  **Pakiet nr 1** | | | |
|  | | | **Cena** |
| Świadczenie usług w dni robocze, niedziele, święta i dni wolne od pracy | | | **…..** **zł brutto** za 1 (jedną) godzinę udzielanych świadczeń  ***(słownie zł: ……….. zł)*** |
| Znieczulenia w Pracowni Rezonansu Magnetycznego po godz. 15:00 | | | **….. zł brutto** za 1 (jedno) znieczulenie  ***(słownie zł: ……….. zł)*** |
| |  |  | | --- | --- | | **Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii**  *(lekarze bez specjalizacji)*  **Pakiet nr 2** | | |  | **Cena** | | Świadczenie usług w dni robocze, niedziele, święta i dni wolne od pracy | **…… zł brutto** za1 (jedną) godzinę udzielanych świadczeń  ***(słownie zł: ………. zł)*** | | | | |
| **Oddział Kardiologii Dziecięcej**  *(lekarze specjaliści)*  **Pakiet nr 3** | | | |
|  | | | **Cena** |
| Świadczenie usług w dni robocze, niedziele, święta  i dni wolne od pracy | | | **…… zł brutto** za1 (jedną) godzinę udzielanych świadczeń  ***(słownie zł: ………. zł)*** |
| **Poradnie Specjalistyczne Przyszpitalne – Poradnia Kardiologiczna**  **Pakiet nr 4** | | | |
| Praca w dni robocze w godzinach  od 7.25 do 15.00 | **…… zł brutto** za1 (jedną) godzinę udzielanych  świadczeń  ***(słownie zł: ………. zł)*** | | |
| **Oddział Otolaryngologii z Pododdziałem Leczenia Krótkoterminowego**  *(lekarze specjaliści)*  **Pakiet nr 5** | | | |
|  | | **Cena** | |
| Świadczenie usług w godzinach ordynacji | | **….… zł brutto** za 1 (jedną) godzinę udzielanych świadczeń ***(słownie zł: ……………….)*** | |
| Świadczenie usług w dni robocze, w soboty, niedziele, święta i dni wolne od pracy | | **….… zł brutto**  za 1 (jedną) godzinę udzielanych świadczeń  ***(słownie zł: ……………….)*** | |
| **Oddział Otolaryngologii z Pododdziałem Leczenia Krótkoterminowego**  *(lekarze bez specjalizacji)*  **Pakiet nr 6** | | | |
|  | | **Cena** | |
| Świadczenie usług w godzinach ordynacji | | **….… zł brutto** za 1 (jedną) godzinę udzielanych świadczeń ***(słownie zł: ……………….)*** | |
| Świadczenie usług w dni robocze, w soboty, niedziele, święta i dni wolne od pracy | | **….… zł brutto** za 1 (jedną) godzinę udzielanych świadczeń ***(słownie zł: ……………….)*** | |
| **Oddział Diabetologii Dziecięcej i Pediatrii ; Poradnia Diabetologiczna**  *(lekarze specjaliści)*  **Pakiet nr 7** | | | |
|  | | **Cena** | |
| Świadczenie usług w godzinach ordynacji | | **….… zł brutto** za 1 (jedną) godzinę udzielanych świadczeń ***(słownie zł: ……………….)*** | |
| Świadczenie usług w dni robocze, w soboty, niedziele, święta i dni wolne od pracy | | **….… zł brutto** za 1 (jedną) godzinę udzielanych świadczeń ***(słownie zł: ……………….)*** | |
| Świadczenie usług w Poradni Diabetologicznej z pompą insulinową | | **….… zł brutto** za jednego pacjenta z pompą insulinową ***(słownie zł: ……………….)*** | |
| Świadczenie usług w Poradni Diabetologicznej bez pompy insulinowej | | **….… zł brutto** za jednego pacjenta bez pompy insulinowej ***(słownie zł: ……………….)*** | |

**Formularz ofertowy – usługi pielęgniarskie**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  | | --- | --- | | **Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii**  **Pakiet nr 1** | | |  | **Cena** | | Świadczenie usług pielęgniarskich | **………. zł brutto** za 1 (jedną) godzinę świadczenia usług zdrowotnych pielęgniarskich  ***(słownie zł: …………….………….……… )*** | | |
| |  |  | | --- | --- | | **Oddział Kardiochirurgii Dziecięcej**  **Pakiet nr 2** | | |  | **Cena** | | Świadczenie usług pielęgniarskich | **……… zł brutto** za 1 (jedną) godzinę  świadczenia usług zdrowotnych pielęgniarskich  ***(słownie zł: ………………………………………)*** | | |
| **Szpitalny Oddział Ratunkowy**  **Pakiet nr 3** | |
|  | **Cena** |
| Świadczenie usług pielęgniarskich | **……… zł brutto** za 1 (jedną) godzinę  świadczenia usług zdrowotnych pielęgniarskich  ***(słownie zł: ………………………………)*** |

**Formularz ofertowy – usługi ratownictwa medycznego**

|  |  |
| --- | --- |
| **Szpitalny Oddział Ratunkowy**  **Pakiet nr 1** | |
|  | **Cena** |
| Świadczenie ratownictwa medycznego | **……. zł brutto** za 1 (jedną) godzinę  świadczenia usług ratowników medycznych  ***(słownie zł: ………………………….. )*** |

Pieczęć Oferenta