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