**Załącznik nr 2 do SWKO – Formularz Ofertowy**

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

(pieczęć firmowa Oferenta)

**Dane Oferenta:**

**Nazwa(firma oferenta) i adres:**

**……………………………………………..**

**……………………………………………..**

#### F O R M U L A R Z O F E R T O W Y

Przystępując do konkursu ofert o udzielenie zamówienia w przedmiocie - udzielania świadczeń zdrowotnych w rodzaju ambulatoryjnej opieki specjalistycznej realizowanych w poradniach przyszpitalnych BCO-SM w zakresie chirurgii ogólnej, chirurgii onkologicznej, onkologii w godzinach i dniach ustalonych harmonogramem **oferujemy realizację zamówienia za cenę:**

**Zadanie nr 1 – świadczenia specjalistyczne** (porada specjalistyczna lub świadczenia zabiegowe) realizowane w **poradni chirurgii ogólnej**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nazwa** | **Jednostka kontraktowa** | **Oferowana cena brutto**  **[zł brutto/punkt]** |
| **Świadczenia specjalistyczne** w poradni chirurgii ogólnej | Punkt rozliczeniowy w zł | ……………………………… |

**Proponowany harmonogram udzielania świadczeń w godzinach pomiędzy 14.35 – 20.00**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Poniedziałek | Wtorek | Środa | Czwartek | Piątek |
| podać godziny  od……… do………. | podać godziny  od……… do………. | podać godziny  od……… do………. | podać godziny  od……… do………. | podać godziny  od……… do………. |

**Zadanie nr 2 – świadczenia specjalistyczne** (porada specjalistyczna lub świadczenia zabiegowe) realizowane w **poradni chirurgii onkologicznej**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nazwa** | **Jednostka kontraktowa** | **Oferowana cena brutto**  **[zł brutto/punkt]** |
| **Świadczenia specjalistyczne** w poradni chirurgii onkologicznej | Punkt rozliczeniowy w zł | ……………………………… |

**Proponowany harmonogram udzielania świadczeń w godzinach 14.35 – 20.00**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Poniedziałek | Wtorek | Środa | Czwartek | Piątek |
| podać godziny  od……… do………. | podać godziny  od……… do………. | podać godziny  od……… do………. | podać godziny  od……… do………. | podać godziny  od……… do………. |

**Zadanie nr 3 – świadczenia specjalistyczne** (porada specjalistyczna lub świadczenia zabiegowe) realizowane w **poradni onkologicznej**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nazwa** | **Jednostka kontraktowa** | **Oferowana cena brutto**  **[zł brutto/punkt]** |
| **Świadczenia specjalistyczne** w poradni onkologicznej | Punkt rozliczeniowy w zł | ……………………………… |

**Proponowany harmonogram udzielania świadczeń w godzinach 14.35 – 20.00**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Poniedziałek | Wtorek | Środa | Czwartek | Piątek |
| podać godziny  od……… do………. | podać godziny  od……… do………. | podać godziny  od……… do………. | podać godziny  od……… do………. | podać godziny  od……… do………. |

................................., dnia ............................ ..................................................................

/miejscowość/ /pieczątka i podpis osoby uprawnionej/