**Załącznik Nr 4**

**I. Proponowana kwota należności z ewentualną kalkulacją elementów należności na:**

**Świadczenie usług medycznych w POZ (Podstawowa Opieka Zdrowotna)**

**oraz Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej w SP ZOZ w Myszkowie.**

|  |  |
| --- | --- |
| Zakres oferowanej porady | 1.Wartość za 1 godzinę pracy w Poradni POZ oraz Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej w SP ZOZ w Myszkowie  w zł |
| 1. POZ- Przychodnia Rejonowa: |  |

1. Oferuję następującą dostępność dla pacjentów:
2. godziny dostępności do 15:00 (lub, i ) po 15:00.
3. Godziny dostępności od 8.00 do 18.00

2) Poradnia …………………………………/ w Przychodniach Rejonowo-Specjalistycznych

ul. Wolności 29 w godzinach:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Poniedziałek | od godz. | do godz. |
| Wtorek | od godz. | do godz. |
| Środa | od godz. | do godz. |
| Czwartek | od godz. | do godz. |
| Piątek | od godz. | do godz. |
| Sobota | od godz. | do godz. |

3. Oferujemy termin płatności do 14 dni od dnia przekazania rachunku do Zamawiającego, każdego miesiąca za miesiąc poprzedni.

……………………………………. …………………………………..

Miejscowość, data podpis oferenta (pieczęć)

**Załączniki**

1.Dane identyfikacyjne Oferenta. Regon , NIP – kserokopia.

2. Kserokopia dyplomu ukończenia studiów, prawa wykonywania zawodu zawierająca numer.

3. Kopie polisy lub innego dokumentu potwierdzającego zawarcie przez Oferenta Umowy ubezpieczenia od

odpowiedzialności cywilnej Oferenta za szkody wyrządzone w związku z udzieleniem świadczeń,

obejmujące przypadki przeniesienia chorób zakaźnych, w tym zakażeń wirusem HIV i WZW w zakresie

przedmiotu obowiązywania na okres obowiązywania umowy.

4.Zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej podmiotów wykonujących działalność

leczniczą w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego.