

## Załącznik nr 1

do Szczegółowych warunków konkurs ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych w Megrez sp. z o.o. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Tychach

Tychy dnia, .....2012 r.

Megrez Sp. z o.o.  
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Tychach  
Ul. Edukacji 102  
43-100 Tychy

### OFERTA

**na udzielanie świadczeń zdrowotnych w siedzibie Udzielającego zamówienia w zakresie  
pełnienia dyżurów medycznych**

#### 1. Dane Oferenta:

.....  
(imię i nazwisko/nazwa Oferenta)

.....  
(adres/adres siedziby Oferenta)

Adres do korespondencji (w przypadku, gdy jest inny niż adres Oferenta w/w)

#### WARTOŚĆ OFERTY

Kwota brutto oferty wynosi .....zł.(słownie: .....),  
ustalona na podstawie niżej wymienionych cen jednostkowych zawartych w formularzu cenowym –  
zał. nr 1 do oferty.

1. Cena jednostkowa za godzinę pracy lekarza w zakresie dyżur na izbie przyjęć- ortopedia w  
wysokości:

Dyżur w dni powszednie:  
-..... zł. brutto  
(słownie:.....),

Dyżur w dni świąteczne ( sobota, niedziela, święta )  
-.....zł. brutto  
(słownie: .....),

2. Cena jednostkowa za godzinę pracy lekarza w zakresie dyżur na izbie przyjęć- interna w wysokości:

Dyżur tępy:

-..... zł. brutto

(słownie: .....),

Dyżur ostry

-..... zł. brutto

(słownie: .....),

3. Cena jednostkowa za godzinę pracy lekarza w zakresie dyżur na oddziale wewnętrznym z pododdziałem kardiologicznym w wysokości:

Dyżur w dni powszednie:

-..... zł. brutto

(słownie: .....),

Dyżur w dni świąteczne ( sobota, niedziela, święta )

-..... zł. brutto

(słownie: .....),

4. Cena jednostkowa za godzinę pracy lekarza w zakresie dyżur na Oddziale Zakaźnym wraz z Oddziałem Geriatrycznym w wysokości:

Dyżur w dni powszednie:

-..... zł. brutto

(słownie: .....),

Dyżur w dni świąteczne ( sobota, niedziela, święta )

-..... zł. brutto

(słownie: .....),

5. Cena jednostkowa za godzinę pracy lekarza w zakresie dyżur na Oddziale Laryngologicznym w wysokości:

Dyżur pod telefonem:

-..... zł. brutto

(słownie: .....),

Dyżur na wezwanie Spółki

-..... zł. brutto

(słownie: .....),

Deklarowana liczba godzin wykonywania świadczeń zdrowotnych w miesiącu .....

.....  
(podpis i pieczęć osoby uprawnionej do podpisania i złożenia oferty)