

**Załącznik nr 1**

do Szczegółowych warunków konkurs ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych w Megrez sp. z o.o.

Tychy dnia, .....2014 r.

Megrez Sp. z o.o.  
Ul. Edukacji 102  
43-100 Tychy

**OFERTA**

**na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy specjalistów z zakresu okulistyki celem udzielania świadczeń zdrowotnych i pełnienia dyżurów w Oddziale Okulistycznym znajdującym się w Megrez sp. z o.o. ul. Edukacji 102, 43-100 Tychy**

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)

.....  
.....

2. Deklarowana liczba godzin udzielania świadczeń zdrowotnych w miesiącu .....

3. Preferowane miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych (należy wskazać oddział, izba przyjęć, blok operacyjny): .....

4. Wskazanie 2 alternatywnych miejsc udzielania świadczeń zdrowotnych (wskazać, jeśli Oferent wyraża zgodę na udzielanie świadczeń zdrowotnych w miejscu innym, niż wskazane w pkt. 3. Obowiązuje w przypadku nie wybrania oferty Oferenta do udzielania świadczeń zdrowotnych w miejscu wskazanym w pkt. 3)

....., .....

5. Proponuję następujące warunki wynagrodzenia w kwocie za godzinę wykonywania świadczeń zdrowotnych: .....

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