**Załącznik nr 3**

**FORMULARZ CENOWY**

**Proponowana kwota należności za dyżury:**

**Dyżur medyczny w oddziale Dziale Pomocy Doraźnej**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Świadczenia zdrowotne w zakresie**  **Dyżurów medycznych w oddziale DPD** | **Cena jednostkowa za świadczenie medyczne (cena brutto w zł)**  **1.** Za 1 godzinę pracy w dni powszechne  **2**. Za jedna godzinę pracy w sobotę, niedziele i święta. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **1.** | **2.** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Świadczenia zdrowotne w zakresie**  **Dyżurów medycznych w oddziale DPD** |  |  |

1.Oferujemy termin płatności do 14 dni, od chwili przekazania rachunku do zamawiającego za miesiąc poprzedni.

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

Miejscowość, data podpis oferenta

Załączniki:

1. zaświadczenie o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego;
2. wpis do rejestru prywatnych praktyk lekarskich;
3. nadanie numeru REGON;
4. nadanie numeru NIP;
5. dyplom lekarza;
6. prawo wykonywania zawodu;
7. dyplomy specjalizacji uprawniający do pracy na dyżurach zgodnie z wymogami NFZ.
8. polisa ubezpieczeniowa OC
9. lista osób świadczących usługi (łącznie z dokumentami poświadczającymi kwalifikacje-prawo wykonywania zawodu, dyplom AM, dyplomy specjalizacji)
10. Zaświadczenie od lekarza medycyny pracy o braku przeciwwskazań wykonywania pracy lekarza.
11. aktualne zaświadczenie o ukończeniu szkolenia okresowego w zakresie bhp adekwatnego dla swojej grupy zawodowej, którą reprezentuje i której charakter pracy wiąże się z narażeniem na czynniki szkodliwe dla zdrowia, uciążliwe lub niebezpieczne albo z odpowiedzialnością w zakresie bhp.