**Załącznik nr 1**

**FORMULARZ OFERTOWY**

1. **Imię i nazwisko**………………………………………………………………………………………...
2. **PESEL:** ………………………………………………………………………………………………...
3. **Adres zamieszkania**……………………………………………………………………………………
4. **Telefon kontaktowy** …………………………………………………………………………………...
5. **Nr PWZ/ wydane przez** …………………………………………………………………………...
6. **Nr księgi rejestrowej**…………………………………………………………………………………..
7. **NIP**……………………………………………**REGON**………………………………………………
8. **Proponowany czas umowy :** ………………………………………………………………………….
9. **Proponowana kwota brutto należności za udzielanie świadczeń zdrowotnych:**
10. dyżuru dzienno - nocnego w dni powszednie (pod telefonem) w godz. 15.00 - 08.00 –  
    należność ( za 1- godzinę ) w kwocie ………………………….zł
11. dyżuru świątecznego stacjonarnego (sobota) w godz. od 8.00 do 15.00 –  
     należność ( za 1-godzinę ) w kwocie …………………………zł
12. dyżuru świątecznego (sobota - pod telefonem) w godz. 15.00 do 08.00 –  
     należność ( za 1- godzinę ) w kwocie ………………………...zł
13. dyżuru świątecznego (niedziela, święta - pod telefonem- 24 godz.) w godz. od 08.00 do 08.00 – należność ( za 1-godzinę ) w kwocie ....................................... zł
14. prowadzenia pacjenta :

* **KRUS** :

*pacjent kardiologiczny* - należność od osoby ……………………….zł

*pacjent ze schorzeniami narządu ruchu* – należność od osoby …..…..……………….zł

*pacjent emeryt -* należność brutto od osoby ……………………….zł

* **Turnus rehabilitacyjny (PFRON) -** należność od osoby ………*…………………* zł
* **KOMERCJA** - należność od osoby …..……………………zł
* **WCZASY KRUS, KOWR** - należność od osoby ………………………..zł

6. wezwanie do ośrodka – należność brutto ………………………. zł

7. konsultacja specjalistyczna - należność brutto …….………….………zł

Data i podpis ………………………