**Załącznik nr 1**

do zapytania ofertowego

…………………………………. Iława …………………….

……………………………………

………………………………….

**Przewodniczący**

**Powiatowego Zespołu ds. Orzekania   
o Niepełnosprawności**

**w Iławie**

Ja niżej podpisana/y …………………………..…….. wyrażam chęć orzekania w Powiatowym Zespole ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Iławie jako …………………………………… – członek składu orzekającego.

……..………………………

**Załącznik nr 2**

do zapytania ofertowego

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Lekarze i specjaliści** | **Proponowane wynagrodzenie za wydanie jednego orzeczenia o niepełnosprawności lub o stopniu niepełnosprawności brutto w czasie badania w siedzibie PCPR, ul. Andersa 3 A w Iławie** | **Proponowane wynagrodzenie za wydanie jednego orzeczenia o niepełnosprawności lub o stopniu niepełnosprawności brutto – on-line** |
| **1.** | internista |  |  |
| **2.** | ortopeda |  |  |
| **3.** | neurolog |  |  |
| **4.** | pediatra |  |  |
| **5.** | psychiatra |  |  |
| **6.** | okulista |  |  |
| **7.** | pracownik socjalny |  |  |
| **8.** | doradca zawodowy |  |  |
| **9.** | pedagog |  |  |
| **10.** | psycholog |  |  |
| **11.** | Wewnętrzna analiza wniosków osoby dorosłe |  |  |
| **12.** | Wewnętrzna analiza wniosków dzieci do 16 roku życia |  |  |