

.....
(nazwa i pieczęć oferenta)

OFERTA

W związku z konkursem ofert nr **SPZOZ/ŚZ/56/2019** ogłoszonym przez Dyrektora SPZOZ w Sanoku na: **wykonywanie świadczeń zdrowotnych niezabiegowych w zakresie kontraktowych dyżurów medycznych przez co najmniej jednego lekarza w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym z Izbą Przyjęć SP ZOZ w Sanoku**

DANE IDENTYFIKACYJNE OFERENTA

Nazwa Oferenta	
REGON	
NIP	
Miejscowość	
Kod pocztowy	
Ulica, nr lokalu	
Telefon kontaktowy	
adres e-mail	
Wpis do właściwego rejestru (nazwa i numer)	
Numer prawa wykonywania zawodu Nr konta bankowego	
Specjalizacja	
Informacje dodatkowe	

.....
data

.....
podpis i pieczęć osoby upoważnionej do reprezentowania Oferenta

Składam ofertę na wykonywanie świadczeń zdrowotnych jak poniżej i proponuję:

1. Stawka za jedną godzinę udzielanego świadczenia przez lekarza w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym z Izłą Przyjęć- świadczenia niezabiegowe:

- dni powszednie, robocze (pon.-pt)zł brutto
(słownie zł)
w godzinach od 7.30 do 15.05 lub od 15.05 do 7.30 dnia następnego lub od 19.00 do 7.00 dnia następnego lub od 7.30 do 7.30 dnia następnego.

-w soboty, niedziele i dni ustawowo wolne od pracyzł brutto
(słownie zł)
W godzinach od 7.30 do 7.30 dnia następnego.
2. Stawka za wykonanie badań lekarskich osób zatrzymanych przez Policję i sporządzanie zaświadczeń lekarskichzł brutto (nie więcej niż 29,50zł)
(słownie zł)
3. Stawka za wypis pacjenta w czasie wykonywania świadczeń w wysokościzł brutto/za osobę (nie więcej niż 10zł)
(słownie zł)

W zakresie kolejnych kryteriów (w kolejności: jakość, kompleksowość, dostępność oraz ciągłość) oświadczam, iż:

a. W zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych stanowiących przedmiot niniejszego postępowania posiadam letnie doświadczenie zawodowe.*

* W przypadku podmiotu leczniczego, w imieniu którego świadczeń udzielać będą lekarze – pracownicy / podwykonawcy wskazać dane pracownika / podwykonawcy o najwyższym doświadczeniu.

b. Posiadam następujące kwalifikacje zawodowe (specjalizacja/e, tytuły i stopnie naukowe):**
.....
.....
.....
.....

** W przypadku podmiotu leczniczego, w imieniu którego świadczeń udzielać będą lekarze – pracownicy / podwykonawcy wskazać dane pracownika / podwykonawcy o najwyższych kwalifikacjach.

c. W zakresie realizacji przedmiotu zamówienia zobowiązuje się do udzielania świadczeń w następującym minimalnym zakresie (wybrać jedną odpowiedź poprzez postawienie znaku „X” lub opisanie w punkcie 4):

1. co najmniejrazy w tygodniu.
2. inne (określić)
-
-

d. W zakresie wymiaru dni – w związku z realizacją przedmiotu zamówienia zgłaszam gotowość do pracy (wybrać jedną odpowiedź poprzez postawienie znaku „X”):

1. tylko w dni powszednie –
2. tylko w soboty, niedziele i dni ustawowo wolne od pracy –
3. w dni powszednie, soboty, niedziele i dni ustawowo wolne od pracy –

