

.....
(nazwa i pieczęć oferenta)

OFERTA (Zadanie 2)

W związku z konkursem ofert nr **SPZOZ/ŚZ/62/2019** ogłoszonym przez Dyrektora SPZOZ w Sanoku na: **udzielanie świadczeń zdrowotnych w Oddziale Obserwacyjno-Zakaźnym SPZOZ w Sanoku przez lekarzy z podziałem na zadania:**

Zadanie 2. Lekarz udzielający świadczeń zdrowotnych w ramach dyżurów medycznych.

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)	
Nr konta bankowego	
Numer prawa wykonywania zawodu	
Specjalizacja	
Informacje dodatkowe	

.....
data

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

Składam ofertę na wykonywanie świadczeń zdrowotnych jak poniżej i proponuję:

A. za dyżur medyczny w dni powszednie od poniedziałku do piątku w godzinach od 15.05. do 7.30 w zł / h.

stawka, zł
(słownie zł.....)

B. za dyżur medyczny w weekendy i dni ustawowo wolne od pracy w godzinach od 7.30 – 7.30 następnego dnia w zł / h. :

stawka, zł
(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.

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

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

1. co najmniej jeden raz w tygodniu
2. co najmniej dwa razy w tygodniu
3. co najmniej trzy razy w tygodniu

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

1. jeden dzień w tygodniu
2. dwa lub więcej dni w tygodniu

Każda Oferta musi zawierać dyspozycję Oferenta (Przyjmującego zamówienie) dla wyżej wskazanych kryteriów oceny (tj. jakość, kompleksowość, dostępność, ciągłość). Brak dyspozycji dla którychkolwiek kryteriów oceny będzie skutkowało automatycznie odrzuceniem takiej Oferty.

Zobowiązuję się do zawarcia umowy o udzielenie świadczeń zdrowotnych na okres minimum 24 miesiące od daty zawarcia umowy lub dłuższy(podać ilość miesięcy)

W załączeniu przedkładam (zaznaczyć właściwe dla podmiotu składającego ofertę) :

1. **Załącznik nr 1** - Oświadczenie nr 1 – w zakresie ZUS , US.
2. **Załącznik nr 2** - Oświadczenie nr 2 – w zakresie BHP, PPOŻ, medycyna pracy
3. **Załącznik nr 3** - Oświadczenie nr 3 – w zakresie działalności gospodarczej
4. Kserokopia wpisu do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą – dokument potwierdzający formę wykonywanej działalności leczniczej.
5. Kserokopia wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego lub zaświadczenia z ewidencji działalności gospodarczej (CEIDG) – dokument potwierdzający status prawny oferenta.

