

.....  
(nazwa i pieczęć oferenta)

## OFERTA

W związku z konkursem ofert nr **SPZOZ/ŚZ/12/2020** ogłoszonym przez Dyrektora SPZOZ w Sanoku na: **udzielanie świadczeń zdrowotnych udzielane przez lekarza w zakresie kontraktowych dyżurów medycznych w Oddziale Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej z Pododdziałem Urologicznym 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:**

**A) Dyżur medyczny lekarza** w dni powszednie od poniedziałku do piątku w godzinach od 15.05. do 7.30 następnego dnia – w zł/h

stawka, ..... zł

(słownie zł .....)

**B) Dyżur medyczny lekarza** 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.** Posiada 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” lub opisanie w punkcie 4):

1. w dni powszednie: w godzinach od 15:05 do 7:30 **co najmniej jeden raz** w każdym tygodniu, dyżur medyczny w weekendy i dni ustawowo wolne od pracy w godzinach od 7.30 – 7.30 następnego dnia **co najmniej jeden raz** w każdym miesiącu – .....

ilość dyżurów zwykłych (podać ilość)		ilość dyżurów weekendowych (podać ilość)	
---	--	---	--

2. w dni powszednie: w godzinach od 15:05 do 7:30 **co najmniej dwa razy** w każdym tygodniu, dyżur medyczny w weekendy i dni ustawowo wolne od pracy w godzinach od 7.30 – 7.30 następnego dnia **co najmniej dwa razy** w każdym miesiącu – .....

ilość dyżurów zwykłych (podać ilość)		ilość dyżurów weekendowych (podać ilość)	
---	--	---	--

3. w dni powszednie: w godzinach od 15:05 do 7:30 **co najmniej trzy razy** w każdym tygodniu, dyżur medyczny w weekendy i dni ustawowo wolne od pracy w godzinach od 7.30 – 7.30 następnego dnia **co najmniej trzy razy** w każdym miesiącu – .....

ilość dyżurów zwykłych (podać ilość)		ilość dyżurów weekendowych (podać ilość)	
---	--	---	--

4. 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 weekendy i dni świąteczne – .....
3. w dni powszednie, weekendy i dni świąteczne – .....



