

.....  
nazwa i pieczęć oferenta

## OFERTA

W związku z konkursem ofert nr **SPZOZ/ŚZ/10/2023** ogłoszonym przez Dyrektora SPZOZ w Sanoku na **wykonywanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza specjalistę w zakresie normalnej ordynacji w Oddziale Wewnętrznym i w Poradni Reumatologicznej 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)	
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:**

Wynagrodzenie (Cena):

1. Za udzielanie świadczeń zdrowotnych w Oddziale Wewnętrznym SPZOZ w Sanoku, w godzinach normalnej ordynacji oferuję **stawkę godzinową w wysokości: ..... zł brutto**  
(słownie: .....)
2. Za udzielanie świadczeń zdrowotnych w Poradni Reumatologicznej SPZOZ w % wartości należnej za punkt rozliczeniowy stosowanej przez Narodowy Funduszu Zdrowia przy finansowaniu świadczeń zdrowotnych ze środków publicznych za tego rodzaju świadczenia **oferuję ..... %**  
(słownie: .....)

Zadeklarowana stawka odpowiada pełnym kosztom udzielania przez Przyjmującego Zamówienia świadczeń stanowiących przedmiot konkursu.

\* Wysokość maksymalnych rocznych limitów punktowych (oraz miesięcznych stanowiących 1/12 limitu rocznego) ustalona zostanie na podstawie wysokości finansowania przewidzianego w kontrakcie z NFZ na udzielanie ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych w zakresie lekarskich porad specjalistycznych, średniego rocznego wykonania kontraktu w danej Poradni, przy uwzględnieniu czasu udzielania świadczeń w Poradni przez Przyjmującego zamówienie. Limity te w latach 2022-2024 mogą ulec zmianie w drodze aneksu do umowy, w związku ze zmianami w rozliczeniach z Narodowym Funduszem Zdrowia.

**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, stopnie naukowe, certyfikaty, kursy specjalistyczne - udokumentowane)

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

c.  W zakresie realizacji przedmiotu zamówienia zobowiązuje się udzielania świadczeń medycznych w Oddziale Wewnętrznym w godzinach normalnej ordynacji we wskazanym poniżej minimalnym zakresie (wybrać jedną odpowiedź poprzez postawienie znaku „X”):

1. **co najmniej trzy dni** w tygodniu – .....
2. **co najmniej cztery dni** w tygodniu – .....
3. **co najmniej pięć dni** w tygodniu – .....

d.  W związku z realizacją przedmiotu zamówienia zobowiązuje się do udzielania świadczeń zdrowotnych w Poradni Reumatologicznej we wskazanym poniżej minimalnym zakresie (wybrać jedną odpowiedź poprzez postawienie znaku „X”, a w przypadku odpowiedzi nr 3 dodatkowo dopisanie liczby dni):

1. **co najmniej jeden dzień** w tygodniu – .....
2. **co najmniej dwa dni** w tygodniu – .....
3. **więcej niż dwa dni** w tygodniu tj..... – .....

**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 **24 miesiące lub dłuższy, tj.** .....



