

.....  
(nazwa i pieczęć oferenta)

## OFERTA

W związku z konkursem ofert nr **SPZOZ/ŚZ/21/2023** ogłoszonym przez Dyrektora SPZOZ w Sanoku na: **udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy specjalistów w Oddziale Kardiologicznym z Pododdziałem Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego w ramach tzw. dyżurów „pod telefonem”**.

### 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 udzielania świadczeń w ramach tzw. dyżurów „pod telefonem” w Oddziale Kardiologicznym z Pododdziałem Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego:

.....zł brutto

(słownie zł .....) )

**UWAGA – należy wypełnić wszystkie ww. opcje;**

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

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

2. Posiadam następujące kwalifikacje zawodowe (w tym specjalizacja/e, tytuły, stopnie naukowe, certyfikaty, kursy specjalistyczne - udokumentowane)

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

3. W zakresie realizacji przedmiotu zamówienia zobowiązuje się do udzielania świadczeń we wskazanym poniżej **minimalnym zakresie** (wybrać jedną odpowiedź poprzez postawienie znaku „X”):

1. co najmniej dwa dyżury w miesiącu – .....
2. co najmniej trzy dyżury w miesiącu – .....
3. co najmniej cztery dyżury w miesiącu – .....
4. co najmniej pięć dyżurów w miesiącu – .....

4. W zakresie realizacji przedmiotu zamówienia zobowiązuje się do udzielania świadczeń we wskazanym poniżej zakresie (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 – .....

**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**.

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.
6. Kserokopie dokumentów uprawniających do wykonywania świadczeń: prawo wykonywania zawodu, dyplom specjalizacyjny, kserokopie poświadczające posiadanie dodatkowych kwalifikacji, specjalizacji, uprawnień, kursów\*\*
7. Pełnomocnictwo, jeżeli oferta składana jest przez pełnomocnika.

\* - dotyczy Oferentów będących podmiotami leczniczymi;



