

.....
nazwa i pieczęć oferenta

OFERTA (Zadanie)
wpisać numer zadania na którego dotyczy oferta – zadania 1-3

W związku z konkursem ofert nr **SPZOZ/ŚZ/35/2023** ogłoszonym przez Dyrektora SPZOZ w Sanoku na:
udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy specjalistów w Oddziale Kardiologicznym z Pododdziałem Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego SPZOZ w Sanoku z podziałem na zadania:

Zadanie 1. Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza specjalistę w Oddziale Kardiologicznym z Pododdziałem Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego SPZOZ w Sanoku, w godzinach normalnej ordynacji i w ramach dyżurów medycznych.

Zadanie 2. Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza specjalistę w Oddziale Kardiologicznym z Pododdziałem Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego SPZOZ w Sanoku, w godzinach normalnej ordynacji i w ramach dyżurów medycznych wraz z pełnieniem funkcji lekarza kierującego Oddziałem.

Zadanie 3. Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza specjalistę w Oddziale Kardiologicznym z Pododdziałem Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego SPZOZ w Sanoku, w godzinach normalnej ordynacji i w ramach dyżurów medycznych z pełnieniem funkcji zastępcy lekarza kierującego Oddziałem

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 Kardiologicznym z Pododdziałem Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego w godzinach normalnej ordynacji Szpitala (od godz. 7:30 do 15:05), a w przypadku zadania 2 i 3 także za pełnienie funkcji lekarza kierującego Oddziałem lub jego zastępcy, oferuję **stawkę godzinową w wysokości:**
..... **zł brutto**

(słownie:))

2. Za udzielanie świadczeń zdrowotnych w Oddziale Kardiologicznym z Pododdziałem Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego w ramach dyżuru w dni powszednie od 15:05 do 7:30 dnia następnego lub w soboty, niedziele i dni ustawowo wolne od pracy od godz. 7:30 do 7:30 dnia następnego, oferuję **stawkę godzinową w wysokości:**
..... **zł brutto**

(słownie:))

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 do realizacji przedmiotu zamówienia w dni powszednie w godzinach normalnej ordynacji we wskazanym poniżej minimalnym wymiarze (wybrać jedną odpowiedź poprzez postawienie znaku „X”):

- 1. **trzy dni** w każdym tygodniu –
- 2. **cztery dni** w każdym tygodniu –
- 3. **pięć dni** w każdym tygodniu –

d. W zakresie wymiaru – w związku z realizacją przedmiotu zamówienia zobowiązuje się do realizacji przedmiotu zamówienia w ramach dyżurów medycznych we wskazanym poniżej zakresie (wybrać jedną odpowiedź poprzez postawienie znaku „X”, a w przypadku wyboru odpowiedzi nr 4 - wpisać liczbę dyżurów medycznych w miesiącu i postawić znak „X”):

- 1. **co najmniej trzy** dyżury medyczne w miesiącu –
- 2. **co najmniej cztery** dyżury medyczne w miesiącu –
- 3. **co najmniej pięć** dyżurów medycznych w miesiącu –
- 4. **większa liczba dyżurów** medycznych w miesiącu (ponad 5), 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 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

