

.....
nazwa i pieczęć oferenta

OFERTA

W związku z konkursem ofert nr **SPZOZ/ŚZ/ 26 /2026** ogłoszonym przez Dyrektora SPZOZ w Sanoku na:
**udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu psychiatrii przez lekarza w jednostkach Centrum
Ochrony Zdrowia Psychicznego.**

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 jednostkach Centrum Ochrony Zdrowia Psychicznego w tym Oddziale Terapii Uzależnienia od Alkoholu (stacjonarnym), Oddziale Dziennym Terapii Uzależnienia od Alkoholu, Oddziale Dziennym Psychiatrycznym oraz Poradni Zdrowia Psychicznego i Poradniach Leczenia Uzależnień SPZOZ w Sanoku, w godzinach normalnej ordynacji, oferuję **stawkę godzinową w wysokości:**

..... zł brutto

(słownie:)

2. Za konsultację psychiatryczną zrealizowaną pacjentowi innej komórki organizacyjnej SPZOZ w Sanoku (poza Centrum Ochrony Zdrowia Psychicznego SPZOZ w Sanoku), oferuję **stawkę za konsultację 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, a w przypadku odpowiedzi nr 4 dodatkowo dopisać liczbę godzin):

1. **co najmniej 20** godzin miesięcznie –
2. **co najmniej 30** godzin miesięcznie –
3. **co najmniej 40** godzin miesięcznie –
4. **poniżej 20** godzin miesięcznie tj. godzin/miesiąc –

d. W zakresie wymiaru – w związku z realizacją przedmiotu zamówienia wyrażam gotowość do realizacji przedmiotu zamówienia we wskazanym zakresie - niezależnie od liczby godzin w danym dniu (wybrać jedną odpowiedź poprzez postawienie znaku „X):

1. **co najmniej po jeden dzień w tygodniu** –
2. **co najmniej po dwa 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 **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 prowadzonej działalności gospodarczej.**
4. **Załącznik nr 4 – Oświadczenie nr 4 – w zakresie wynikającym z art. 21 ustawy z dnia 13.05.2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich (dotyczy oferenta niekorzystającego z pracowników lub podwykonawców).**
 1. Kserokopia wpisu do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą – dokument potwierdzający formę wykonywanej działalności leczniczej.
 2. Kserokopia wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego lub zaświadczenia z ewidencji działalności gospodarczej (CEIDG) – dokument potwierdzający status prawny oferenta.

data

*podpis i pieczęć osoby upoważnionej do
reprezentowania Oferenta*