

.....
nazwa i pieczęć oferenta

OFERTA do Zadania
/należy wpisać numer zadania/

W związku z konkursem ofert nr **SPZOZ/ŚZ/ 38/2026** ogłoszonym przez Dyrektora SPZOZ w Sanoku na:
udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie zabiegowym, jak i niezabiegowym w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym SPZOZ Sanoku, z podziałem na zadania:

Zadanie 1. Udzielanie świadczeń zdrowotnych w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym przez lekarza specjalistę wraz z pełnieniem funkcji lekarza kierującego Oddziałem;

Zadanie 2. Udzielanie świadczeń zdrowotnych w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym wraz 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:

1. Stawka za jedną godzinę udzielania świadczeń medycznych w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym, jak również za kierowanie i zarządzanie Oddziałem w ramach pełnienia funkcji lekarza kierującego Oddziałem (*dot. Zadania 1.*) lub zastępcy lekarza kierującego Oddziałem (*dot. Zadania 2.*):
-zł brutto
(słownie zł)
2. Stawka za wykonanie badań lekarskich osoby zatrzymanej przez Policję i sporządzenie zaświadczenia lekarskiegozł brutto (*nie więcej niż 29,50zł*)
(słownie zł)

Zadeklarowane stawki, przy uwzględnieniu postanowień SWKO, odpowiadają **pełnym kosztom** udzielania przez Przyjmującego Zamówienie świadczeń stanowiących przedmiot konkursu.

UWAGA – należy wypełnić wszystkie ww. opcje;

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.

* W przypadku podmiotu leczniczego, w imieniu którego świadczeń udzielać będą lekarze – pracownicy / podwykonawcy wskazać dane pracownika / podwykonawcy o najwyższym doświadczeniu.

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

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

** W przypadku podmiotu leczniczego, w imieniu którego świadczeń udzielać będą lekarze – pracownicy / podwykonawcy wskazać dane pracownika / podwykonawcy o najwyższych kwalifikacjach.

c. W zakresie realizacji przedmiotu zamówienia zobowiązuje się do udzielania świadczeń we wskazanym poniżej **minimalnym zakresie** (wybrać jedną odpowiedź poprzez postawienie znaku „X”, a w przypadku odpowiedzi nr 5 dodatkowo wpisać liczbę dyżurów):

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 –
5. mniej niż dwa dyżury w miesiącu, tj.

W TYM W CZASIE NORMALNEJ ORDYNACJI SZPITALA: razy tygodniowo

d. 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 –

MAKSYMALNA LICZBA GODZIN UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ (INFORMACJA NIEOCENIANA):

- **średniomiesięcznie:** godzin

- **cały okres obowiązywania umowy (12 miesięcy):** godzin

- Dodatkowo zgodnie z art. 13 ust. 2 RODO informujemy, że:

-
- data podpis i pieczęć osoby upoważnionej do
 reprezentowania Oferenta