

.....  
(nazwa i pieczęć oferenta)

### OFERTA (Zadanie 2)

W związku z konkursem ofert nr **SPZOZ/ŚZ/7/2021** ogłoszonym przez Dyrektora SPZOZ w Sanoku na: **udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy w zakresie kontraktowych dyżurów medycznych z podziałem na zadania:**

**Zadanie 2. Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy w zakresie w Oddziale Otolaryngologicznym SP ZOZ w Sanoku w zakresie kontraktowych dyżurów medycznych.**

### 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:**

**A) Dyżur medyczny lekarza** w dni powszednie od poniedziałku do piątku w godzinach od 15.05. do 7.30 następnego dnia – w zł/h

stawka, ..... zł

(słownie zł .....)

**B) Dyżur medyczny lekarza** w weekendy i dni ustawowo wolne od pracy w godzinach od 7.30 – 7.30 następnego dnia - w zł / h.

stawka, ..... zł

(słownie zł .....)

**Szczególne regulacje związane ze stanem epidemii COVID-19 i tymczasowym funkcjonowaniem jako szpital monoprolifowy:**

\* - Stawka godzinowa za udzielanie świadczeń zdrowotnych w czasie dyżuru medycznego (w dni powszednie i w sobotę, niedzielę i dni ustawowo wolne od pracy) w okresie obowiązywania wynikających z epidemii wirusa SARS-CoV-2 zmian organizacyjnych wprowadzonych w komórkach organizacyjnych SPZOZ w Sanoku w których Przyjmujący Zamówienie będzie udzielał świadczeń zdrowotnych lub zmiany profilu działalności tych komórek organizacyjnych, ale nie dłużej niż do odwołania stanu epidemii, wynosi 110 zł brutto. O terminie zakończenia obowiązywania tych zmian SPZOZ w Sanoku poinformuje Przyjmującego Zamówienie. Z dniem następującym po dniu wskazanym przez SPZOZ w Sanoku, Przyjmującego Zamówienie będą obowiązywać stawki określone w pkt. 2 i 3.

**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.** Posiada następujące kwalifikacje zawodowe (specjalizacja/e, tytuły i stopnie naukowe):  
.....  
.....  
.....  
.....

\*\* 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 w następującym **minimalnym zakresie** (wybrać jedną odpowiedź poprzez postawienie znaku „X” lub opisanie w punkcie 4 ):

1. w dni powszednie: w godzinach od 15:05 do 7:30 **co najmniej jeden raz** w każdym tygodniu, dyżur medyczny w weekendy i dni ustawowo wolne od pracy w godzinach od 7.30 – 7.30 następnego dnia **co najmniej jeden raz** w każdym miesiącu – .....

ilość dyżurów zwykłych (podać ilość)		ilość dyżurów weekendowych (podać ilość)	
---	--	---	--



