

.....  
nazwa i pieczęć oferenta

## OFERTA

W związku z konkursem ofert nr **SPZOZ/ŚZ/36/2021** ogłoszonym przez Dyrektora SPZOZ w Sanoku na: **udzielanie świadczeń zdrowotnych (zabiegowych i niezabiegowych) w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym SPZOZ Sanoku w systemie 24-godzinnym.**

### 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):

Za udzielanie świadczeń zdrowotnych w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym SP ZOZ w Sanoku w ramach dyżurów medycznych w systemie 24-godzinny od 7:30 do 7:30 dnia następnego (w dni powszednie, soboty, niedziele, dni ustawowo wolne od pracy) **w stawce godzinowej – ..... zł brutto\***

**(słownie: .....)**

*\* - dotyczy stawki maksymalnej określonej w pkt. IV ust. 4 ppkt. 1 SWKO określonej dla minimalnej gwarantowanej liczby godzin dyżurowych (dyżur gwarantowany)*

**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 deklaruje gotowość do realizacji przedmiotu zamówienia we wskazanym poniżej minimalnym wymiarze (wybrać jedną odpowiedź poprzez postawienie znaku „X”):

1. gwarantowana liczba godzin dyżurowych (dyżur gwarantowany): **24 godziny** miesięcznie – .....
2. gwarantowana liczba godzin dyżurowych (dyżur gwarantowany): **48 godziny** miesięcznie – .....
3. gwarantowana liczba godzin dyżurowych (dyżur gwarantowany): **72 godziny** miesięcznie – .....
4. gwarantowana liczba godzin dyżurowych (dyżur gwarantowany): **96 godziny** miesięcznie – .....
5. gwarantowana liczba godzin dyżurowych (dyżur gwarantowany): **120 godziny** miesięcznie – .....
6. gwarantowana liczba godzin dyżurowych (dyżur gwarantowany): **144 godziny** miesięcznie – .....
7. gwarantowana liczba godzin dyżurowych (dyżur gwarantowany): **168 godziny** miesięcznie – .....

**d.** W zakresie realizacji przedmiotu zamówienia wyrażam gotowość do realizacji przedmiotu zamówienia 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. cena, jakość, kompleksowość, dostępność, ciągłość). Brak dyspozycji dla którychkolwiek kryteriów oceny będzie skutkowało automatycznie odrzuceniem takiej Oferty.**

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.

