

.....
nazwa i pieczęć oferenta

OFERTA

W związku z konkursem ofert nr **SPZOZ/ŚZ/43/2021** ogłoszonym przez Dyrektora SPZOZ w Sanoku na: **udzielanie świadczeń zdrowotnych w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii i na Bloku Operacyjnym SPZOZ w Sanoku lekarza specjalistę w zakresie anestezjologii w ramach normalnej ordynacji szpitala i dyżurów medycznych, w tym pozostawanie w gotowości do udzielania świadczeń według harmonogramu.**

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 przypadku Zadania 3 i 4 także za kierowanie Oddziałem) w godzinach normalnej ordynacji szpitala w zł / h :

Stawka: zł

(słownie zł)

2. Za udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach dyżuru medycznego w zł / h:

Stawka: zł

(słownie zł)

Zadeklarowane stawki odpowiadają **pełnym kosztem** udzielania przez Przyjmującego Zamówienia świadczeń stanowiących przedmiot konkursu.

UWAGA – należy wypełnić wszystkie opcje dla stawki godzinowej.

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 udzielania świadczeń - w godzinach normalnej ordynacji, we wskazanym poniżej **minimalnym zakresie** (wybrać jedną odpowiedź poprzez postawienie znaku „X”):

1. **co najmniej dwa dni** w tygodniu –
2. **co najmniej trzy dni** w tygodniu –
3. **co najmniej cztery dni** w tygodniu –
4. **pięć dni** w tygodniu –

d. W zakresie wymiaru – w związku z realizacją przedmiotu zamówienia zgłaszam gotowość do realizacji przedmiotu zamówienia w zakresie dyżurów medycznych we wskazanym wymiarze (wybrać jedną odpowiedź poprzez postawienie znaku „X”):

1. **co najmniej jeden dyżur** w miesiącu –
2. **co najmniej dwa dyżury** w miesiącu –

