

.....  
nazwa i pieczęć oferenta

#### OFERTA (Zadanie 4)

W związku z konkursem ofert nr **SPZOZ/ŚZ/45/2021** ogłoszonym przez Dyrektora SPZOZ w Sanoku na: **udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy specjalistów w Oddziale Dziecięcym SPZOZ w Sanoku z podziałem na zadania:**

**Zadanie 4.** – **Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza specjalistę w Oddziale Dziecięcym SPZOZ w Sanoku w godzinach normalnej ordynacji oraz w ramach 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)	
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 Oddziale Dziecięcym w godzinach normalnej ordynacji Szpitala (od godz. 7:30 do 15:05), oferuję stawkę godzinową w wysokości: ..... zł brutto**  
(słownie: .....)

**2. Za udzielanie świadczeń zdrowotnych w Oddziale Dziecięcym w ramach dyżuru w dni powszednie od 15:05 do 7:30 dnia następnego lub w soboty, niedziele i dni ustawowo wolne od pracy od godz. 7:30 do 7:30 dnia następnego, oferuję stawkę godzinową 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”):

- 1. trzy dni** w każdym tygodniu – .....
- 2. cztery dni** w każdym tygodniu – .....
- 3. pięć dni** w każdym tygodniu – .....

**d.** W zakresie wymiaru – w związku z realizacją przedmiotu zamówienia zobowiązuję się do realizacji przedmiotu zamówienia w ramach dyżurów medycznych we wskazanym poniżej minimalnym wymiarze (wybrać jedną odpowiedź poprzez postawienie znaku „X”, a w przypadku odpowiedzi nr 3 dodatkowo dopisanie liczby dyżurów w miesiącu):

- 1. co najmniej trzy dyżury** w miesiącu – .....
- 2. co najmniej cztery dyżury** w miesiącu – .....
- 3. więcej niż cztery dyżury** w miesiącu, tj. .... – .....

**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 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.

