

.....  
nazwa i pieczęć oferenta

## OFERTA

W związku z konkursem ofert nr **SPZOZ/ŚZ/50/2021** ogłoszonym przez Dyrektora SPZOZ w Sanoku na: **udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza specjalistę z zakresu neurologii dziecięcej w Oddziale Dziecięcym oraz Poradni Neurologicznej SPZOZ w Sanoku.**

### 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 Oddziale Dziecięcym w godzinach normalnej ordynacji Szpitala (od godz. 7:30 do 15:05), oraz Poradni Neurologii Dziecięcej oferuję **stawkę godzinową w wysokości:**

..... **zł brutto**

(słownie: .....)

Za udzielanie konsultacji z zakresu neurologii dziecięcej na rzecz Zakładu Medycyny Pracy SP ZOZ, oferuję **stawkę 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. **co najmniej jeden dzień** w każdym tygodniu – .....
2. **co najmniej dwa dni** w każdym tygodniu – .....
3. **co najmniej trzy dni** w każdym tygodniu – .....

**d.** W zakresie wymiaru – w związku z realizacją przedmiotu zamówienia zobowiązuje się do realizacji przedmiotu zamówienia w godzinach normalnej ordynacji we wskazanym poniżej zakresie (wybrać jedną odpowiedź poprzez postawienie znaku „X”):

1. **w różne dni tygodnia** w każdym tygodniu – .....
2. **w te same dni tygodnia** w każdym tygodniu – .....

**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 prawnego oferenta.
6. Kserokopie dokumentów uprawniających do wykonywania świadczeń: prawo wykonywania zawodu,



.....  
*data*

.....  
*podpis i pieczęć osoby upoważnionej do  
reprezentowania Oferenta*