

.....
nazwa i pieczęć oferenta

OFERTA

W związku z konkursem ofert nr **SPZOZ/ŚZ/52/2021** ogłoszonym przez Dyrektora SPZOZ w Sanoku na: **na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza specjalistę z zakresu psychiatrii w Oddziale Dziennym Terapii Uzależnienia od Alkoholu, Oddziale Terapii Uzależnienia od Alkoholu (stacjonarnym) oraz Oddziale Dziennym Psychiatrycznym 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 Dziennym Terapii Uzależnienia od Alkoholu, Oddziale Terapii Uzależnienia od Alkoholu (stacjonarnym) oraz Oddziale Dziennym Psychiatrycznym SPZOZ w Sanoku, w godzinach normalnej ordynacji, 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. **co najmniej 50** godzin miesięcznie –
2. **co najmniej 60** godzin miesięcznie –
3. **co najmniej 70** godzin miesięcznie –

d. W zakresie wymiaru – w związku z realizacją przedmiotu zamówienia wyrażam gotowość do realizacji przedmiotu zamówienia we wskazanym zakresie - niezależnie od liczby godzin w danym dniu (wybrać jedną odpowiedź poprzez postawienie znaku „X”):

1. **co najmniej po jeden dzień w tygodniu** odpowiednio w Oddziale Dziennym Terapii Uzależnienia od Alkoholu i w Oddziale Dziennym Psychiatrycznym SPZOZ w Sanoku **oraz co najmniej jeden dzień w tygodniu** w Oddziale Terapii Uzależnienia od Alkoholu (stacjonarnym) –
2. **co najmniej po dwa dni w tygodniu** odpowiednio w Oddziale Dziennym Terapii Uzależnienia od Alkoholu i w Oddziale Dziennym Psychiatrycznym SPZOZ w Sanoku **oraz co najmniej jeden dzień w tygodniu** w Oddziale Terapii Uzależnienia od Alkoholu (stacjonarnym) –

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.

