

.....
(nazwa i pieczęć oferenta)

OFERTA

W związku z konkursem ofert nr **SPZOZ/ŚZ/28/2022** ogłoszonym przez Dyrektora SPZOZ w Sanoku na: **świadczeń zdrowotnych przez lekarzy w Oddziale Obserwacyjno-Zakaźnym SP ZOZ w Sanoku w godzinach normalnej ordynacji.**

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)	
Numer prawa wykonywania zawodu Nr konta bankowego	
Specjalizacja	
Informacje dodatkowe	

.....
data

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

Składam ofertę na wykonywanie świadczeń zdrowotnych jak poniżej i proponuję:

- A)** Za udzielanie świadczeń zdrowotnych w Oddziale Obserwacyjno-zakaźnym w godzinach **normalnej ordynacji** Szpitala (od godz. 7:30 do 15:05) – **w zł/h**

stawka, zł

(słownie zł)

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.** Posiada następujące kwalifikacje zawodowe (specjalizacja/e, tytuły i stopnie naukowe):

.....
.....
.....
.....

- c.** W zakresie realizacji przedmiotu zamówienia zobowiązuje się do udzielania świadczeń w następującym **minimalnym zakresie (wybrać jedną odpowiedź poprzez postawienie znaku „X” lub opisanie w punkcie 4):**

1. co najmniej dwa razy w każdym tygodniu –
2. co najmniej trzy razy w każdym tygodniu –
3. co najmniej cztery razy w każdym tygodniu -

- d.** W zakresie wymiaru dni – w związku z realizacją przedmiotu zamówienia zgłaszam gotowość do pracy (wybrać jedną odpowiedź poprzez postawienie znaku „X”):

1. w różne dni w tygodniu –
2. w następujące po sobie dni (co najmniej 2) w 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 minimum 24 miesiące. lub dłuższy(podać ilość 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 prowadzonej 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 dodatkowych kwalifikacji, specjalizacji, uprawnień*.
7. Pełnomocnictwo, jeżeli oferta składana jest przez pełnomocnika.

* w przypadku, gdy Udzielający Zamówienia w swojej dokumentacji posiada już któryś z wyżej wymienionych w pkt. 9 dokumentów(aktualny), Przyjmujący Zamówienie w przypadku jego niezałączenia do oferty zobowiązany jest do przedłożenia oświadczenia o tym, że dokumenty uwzględnione w punkcie 9 nie uległy zmianie, są aktualne i znajdują się w posiadaniu Udzielającego Zamówienia.

.....
data

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

Niniejszym, oświadczam, że:

