

.....  
(nazwa i pieczęć oferenta)

**OFERTA (Zadanie .....)**

W związku z konkursem ofert nr **SPZOZ/ŚZ/13/2023** ogłoszonym przez Dyrektora SPZOZ w Sanoku na: **udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy w zakresie Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej.**

**Zadanie 1 – Świadczenia zdrowotne udzielane w miejscu Udzielającego Zamówienia.**

**Zadanie 2 – Świadczenia zdrowotne w miejscu zamieszkania lub pobytu świadczeniobiorcy.**

**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 dyżur medyczny w dni powszednie od poniedziałku do piątku w godzinach od 18.00. do 8.00 dnia następnego w zł / h.

stawka, ..... zł  
(słownie zł .....)

B. za dyżur medyczny w weekendy i dni ustawowo wolne od pracy w godzinach od 8.00 do 8.00 dnia następnego 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 lekarz posiadający najwyższe doświadczenie wśród zgłoszonych lekarzy posiada ..... letnie doświadczenie zawodowe.

b. Lekarz o najwyższych kwalifikacjach wśród zgłoszonych lekarzy 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 dyżury w miesiącu – .....
2. co najmniej trzy dyżury w miesiącu – .....
3. co najmniej cztery dyżury w miesiącu – .....
4. co najmniej pięć dyżurów w miesiącu – .....

d. W zakresie realizacji przedmiotu zamówienia zobowiązuje się do udzielania świadczeń - w zakresie dyżurów medycznych we wskazanym poniżej zakresie (wybrać jedną odpowiedź poprzez postawienie znaku „X”):

2. tylko w dni powszednie – .....
3. tylko w weekendy i dni świąteczne – .....
4. w dni powszednie, weekendy i dni świąteczne – .....

**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 miesięcy od daty zawarcia umowy 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. Załącznik nr 4 - Oświadczenie nr 4– dotyczy oferenta korzystającego z zasobów innych podmiotów w celu realizacji zamówienia.
5. Załącznik nr 5 - Oświadczenie nr 5 – dotyczy oferenta korzystającego z własnych pracowników w celu realizacji zamówienia.
6. Załącznik nr 6 – Lista personelu, który będzie udzielał przedmiotowych świadczeń zdrowotnych w ramach złożonej oferty
7. Kserokopia wpisu do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą – dokument potwierdzający formę wykonywanej działalności leczniczej.
8. Kserokopia wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego lub zaświadczenia z ewidencji działalności gospodarczej

