

.....

nazwa i pieczęć oferenta

OFERTA

W związku z konkursem ofert nr **SPZOZ/ŚZ/17/2023** ogłoszonym przez Dyrektora SPZOZ w Sanoku na **udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy specjalistów Oddziale Dziecięcym SPZOZ w Sanoku 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):

Za udzielanie świadczeń zdrowotnych w Oddziale Dziecięcym w ramach dyżuru medycznego (dni powszednie i/lub w soboty, niedziele i dni ustawowo wolne od pracy), 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 udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach dyżurów medycznych w Oddziale Dziecięcym we wskazanym poniżej zakresie (wybrać jedną odpowiedź poprzez postawienie znaku „X”):

- 1. wyłącznie** w dni powszednie –
- 2. wyłącznie** w dni ustawowo wolne od pracy, soboty i niedziele –
- 3. zarówno** w dni powszednie **jak i** w dni ustawowo wolne od pracy, soboty i niedziele –

d. W zakresie wymiaru – w związku z realizacją przedmiotu zamówienia zobowiązuje się o udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach dyżurów medycznych w Oddziale Dziecięcym 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. 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 (CEIDG) – dokument potwierdzający status prawny oferenta.
- 9.** Kserokopie dokumentów uprawniających do wykonywania świadczeń: prawo wykonywania zawodu, dyplom specjalizacyjny, kserokopie poświadczające posiadanie dodatkowych kwalifikacji, specjalizacji, uprawnień, kursów.
- 10.** Pełnomocnictwo, jeżeli oferta składana jest przez pełnomocnika.

