

.....  
*nazwa i pieczęć oferenta*

OFERTA

W związku z konkursem ofert nr SPZOZ/ŚZ/32/2023 ogłoszonym przez Dyrektora SPZOZ w Sanoku na:  
**wykonywanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy specjalistów w Poradni Neurologicznej SP ZOZ 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:**

Za udzielanie świadczeń zdrowotnych w **Poradni Neurologicznej SPZOZ** w Sanoku w % wartości należnej za punkt rozliczeniowy stosowanej przez Narodowy Fundusz Zdrowia przy finansowaniu świadczeń zdrowotnych ze środków publicznych za tego rodzaju świadczenia – ..... %  
(słownie: .....)

Zadeklarowana stawka odpowiada **pełnym kosztem** udzielania przez Przyjmującego Zamówienia świadczeń stanowiących przedmiot konkursu.

**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, kursy specjalistyczne)  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**c.** W zakresie realizacji przedmiotu zamówienia zobowiązuje się do udzielania świadczeń w dni powszednie w następującym **minimalnym zakresie** (wybrać jedną odpowiedź poprzez postawienie znaku „X” lub uzupełnienie odpowiedzi nr 3):

- 1. **co najmniej 2 godziny** w tygodniu – .....
- 2. **co najmniej 4 godzin** w tygodniu – .....
- 3. **co najmniej 8 godzin w tygodniu** - .....

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

- 1. **co najmniej jeden dzień** w tygodniu – .....
- 2. **co najmniej dwa dni** w tygodniu – .....
- 3. **co najmniej trzy dni** 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 skutkował automatycznie odrzuceniem takiej Oferty.**

Zobowiązuję się do zawarcia umowy o udzielenie świadczeń zdrowotnych na okres **24 miesięcy** od daty zawarcia umowy.

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.
- 7. Pełnomocnictwo, jeżeli oferta składana jest przez pełnomocnika.

