

.....
(nazwa i pieczęć oferenta)

OFERTA Zadanie 2

W związku z konkursem ofert nr **SPZOZ/ŚZ/5/2025** ogłoszonym przez Dyrektora SPZOZ w Sanoku na: **udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy w zakresie Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej.**

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 posiadam*-letnie doświadczenie zawodowe.

* W przypadku podmiotu leczniczego, w imieniu którego świadczeń udzielać będą lekarze – pracownicy / podwykonawcy wskazać dane pracownika / podwykonawcy o najwyższym doświadczeniu.

b. Posiadam* następujące kwalifikacje zawodowe (specjalizacja/e, tytuły, stopnie naukowe, kursy specjalistyczne):

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

* W przypadku podmiotu leczniczego, w imieniu którego świadczeń udzielać będą lekarze – pracownicy / podwykonawcy wskazać dane pracownika / podwykonawcy o najwyższych kwalifikacjach.

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 i postawienie znaku „X”):

1. **co najmniej jeden** dyżur tygodniowo w dni powszednie: w godzinach od 18:00 do 8:00 dnia następnego –
2. **co najmniej dwa** dyżury tygodniowo w dni powszednie: w godzinach od 18:00 do 8:00 dnia następnego –
3. **co najmniej trzy** dyżury tygodniowo w dni powszednie: w godzinach od 18:00 do 8:00 dnia następnego –
4. inne tj. –

d. 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 i postawienie znaku „X”):

1. **co najmniej jeden** dyżur miesięcznie w weekendy lub dni ustawowo wolne od pracy w godzinach od 8.00 do 8.00 dnia następnego –
2. **co najmniej dwa** dyżury miesięcznie w weekendy lub dni ustawowo wolne od pracy w godzinach od 8.00 do 8.00 dnia następnego –
3. **co najmniej trzy** miesięcznie w weekendy lub dni ustawowo wolne od pracy w godzinach od 8.00 do 8.00 dnia następnego –
4. inne 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 12 miesięcy.

