

.....
nazwa i pieczęć oferenta

OFERTA

W związku z konkursem ofert nr **SPZOZ/ŚZ/25/2025** ogłoszonym przez Dyrektora SPZOZ w Sanoku na: **udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza specjalistę w Oddziale Otolaryngologicznym w zakresie normalnej ordynacji wraz z pełnieniem funkcji lekarza kierującego Oddziałem.**

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 Otolaryngologicznym SPZOZ w Sanoku, w godzinach normalnej ordynacji wraz z pełnieniem funkcji lekarza kierującego Oddziałem oferuję **stawkę godzinową w wysokości:**
..... **zł brutto**

(słownie:)

Wynagrodzenie określone powyżej uwzględnia wszystkie koszty Przyjmującego Zamówienia w ramach realizacji przedmiotowego zamówienia.

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 realizacji przedmiotu zamówienia w dni powszednie w godzinach normalnej ordynacji we wskazanym poniżej minimalnym zakresie (wybrać jedną odpowiedź poprzez postawienie znaku „X”):

- 1. co najmniej trzy dni** w tygodniu –
- 2. co najmniej cztery dni** w tygodniu –
- 3. co najmniej pięć dni** w tygodniu –

d. W związku z realizacją przedmiotu zamówienia zgłaszam gotowość do realizacji przedmiotu zamówienia we wskazanym poniżej zakresie (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 **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 – **w zakresie wynikającym z art. 21 ustawy z dnia 13.05.2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich**
- 5.** Kserokopia wpisu do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą – dokument potwierdzający formę wykonywanej działalności leczniczej.
- 6.** Kserokopia wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego lub zaświadczenia z ewidencji działalności gospodarczej (CEIDG) – dokument potwierdzający status prawny oferenta.
- 7.** Kserokopie dokumentów uprawniających do wykonywania świadczeń: prawo wykonywania zawodu, dyplom specjalizacyjny, kserokopie poświadczające posiadanie dodatkowych kwalifikacji, specjalizacji, uprawnień, kursów.
- 8.** Pełnomocnictwo, jeżeli oferta składana jest przez pełnomocnika.

