

.....  
pieczęć oferenta

**Formularz ofertowy**  
na udzielanie świadczeń zdrowotnych  
przez lekarza w **Oddziale Okulistycznym**

**I Dane Oferenta:**

Zarejestrowana nazwa i adres Oferenta

.....  
.....

**II Kryteria oceny:**

Kolejno, w zakresie kryteriów opisanych w SWKO (w kolejności a-d: 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 i stopnie naukowe)  
.....  
.....  
.....
- c. W zakresie realizacji przedmiotu zamówienia zgłaszam gotowość do pracy (wybrać jedną preferowaną odpowiedź poprzez postawienie znaku „X” na wykropkowanym polu):
  1. Tylko dyżury - .....
  2. Tylko podstawowa ordynacja – .....
  3. Podstawowa ordynacja wraz z dyżurami – .....
- d. W zakresie wymiaru dni – w związku z realizacją przedmiotu zamówienia zgłaszam gotowość do pracy (wybrać jedną preferowaną odpowiedź poprzez postawienie znaku „X” na wykropkowanym polu):
  1. Jeden dzień w jednym tygodniu – .....
  2. Dwa dni w jednym tygodniu – .....
  3. Co najmniej trzy dni w jednym tygodniu – .....

**CENA**

Oświadczam, że oferuję następujące wymiar zatrudnienia i stawki za wykonanie przedmiotu zamówienia:

<b>Oferowany wymiar zatrudnienia:</b>	<b>równoważnik ..... etatu</b>
---------------------------------------	--------------------------------

Wyszczególnienie	Oferowana stawka brutto
Kierownik oddziału – za udzielanie świadczeń w ramach podstawowej ordynacji lekarskiej	.....zł/miesiąc złotych słownie: .....
Z-ca Kierownika oddziału – stawka godzinowa za udzielanie świadczeń w ramach podstawowej ordynacji lekarskiej	.....zł/godz. złotych słownie: .....
Stawka godzinowa za udzielanie świadczeń w ramach podstawowej ordynacji lekarskiej	.....zł/godz. złotych słownie: .....
Stawka godzinowa za udzielanie świadczeń w ramach pozostawania w gotowości pod telefonem	.....zł/godz. złotych słownie: .....
Stawka godzinowa za udzielania świadczeń w ramach dyżurów lekarskich za tzw. wezwanie	.....zł/godz. złotych słownie: .....
Wykonanie zabiegu operacyjnego zaćmy	.....za 1 zabieg złotych słownie: .....
Wykonanie zabiegu witrektomii ( max 10 zabiegów w miesiącu)	.....za 1 zabieg złotych słownie: .....

.....  
miejsce i data

.....  
podpis i pieczęć oferenta

.....  
pieczęć oferenta

**Formularz ofertowy**  
na udzielanie świadczeń zdrowotnych  
przez lekarza w **Oddziale Geriatrycznym**

**I Dane Oferenta:**

Zarejestrowana nazwa i adres Oferenta

.....  
.....

**II Kryteria oceny:**

Kolejno, w zakresie kryteriów opisanych w SWKO (w kolejności a-d: 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 i stopnie naukowe)  
.....  
.....  
.....
- c. W zakresie realizacji przedmiotu zamówienia zgłaszam gotowość do pracy (wybrać jedną preferowaną odpowiedź poprzez postawienie znaku „X” na wykropkowanym polu):
1. Tylko dyżury - .....
  2. Tylko podstawowa ordynacja – .....
  3. Podstawowa ordynacja wraz z dyżurami – .....
- d. W zakresie wymiaru dni – w związku z realizacją przedmiotu zamówienia zgłaszam gotowość do pracy (wybrać jedną preferowaną odpowiedź poprzez postawienie znaku „X” na wykropkowanym polu):
1. Jeden dzień w jednym tygodniu – .....
  2. Dwa dni w jednym tygodniu – .....
  3. Co najmniej trzy dni w jednym tygodniu – .....

**CENA**

Oświadczam, że oferuję następujące wymiar zatrudnienia i stawki za wykonanie przedmiotu zamówienia:

<b>Oferowany wymiar zatrudnienia:</b>	<b>równoważnik ..... etatu</b>
---------------------------------------	--------------------------------

<i>Wyszczególnienie</i>	<i>Oferowana stawka brutto</i>
<i>Stawka godzinowa za udzielanie świadczeń w ramach podstawowej ordynacji lekarskiej</i>	.....zł/godz. złotych słownie: .....
<i>Stawka godzinowa za dyżur lekarski</i>	.....zł/godz. złotych słownie: .....

.....  
miejsce i data

.....  
podpis i pieczęć oferenta

.....  
pieczęć oferenta

**Formularz ofertowy**  
na udzielanie świadczeń zdrowotnych  
przez lekarza w **Oddziale Położniczo - Ginekologicznym**

**I Dane Oferenta:**

Zarejestrowana nazwa i adres Oferenta

.....  
.....

**II Kryteria oceny:**

Kolejno, w zakresie kryteriów opisanych w SWKO (w kolejności a-d: 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 i stopnie naukowe)  
.....  
.....  
.....
- c. W zakresie realizacji przedmiotu zamówienia zgłaszam gotowość do pracy (wybrać jedną preferowaną odpowiedź poprzez postawienie znaku „X” na wykropkowanym polu):
  1. Tylko dyżury - .....
  2. Tylko podstawowa ordynacja – .....
  3. Podstawowa ordynacja wraz z dyżurami – .....
- d. W zakresie wymiaru dni – w związku z realizacją przedmiotu zamówienia zgłaszam gotowość do pracy (wybrać jedną preferowaną odpowiedź poprzez postawienie znaku „X” na wykropkowanym polu):
  1. Jeden dzień w jednym tygodniu – .....
  2. Dwa dni w jednym tygodniu – .....
  3. Co najmniej trzy dni w jednym tygodniu – .....

**CENA**

Oświadczam, że oferuję następujące wymiar zatrudnienia i stawki za wykonanie przedmiotu zamówienia:

<b>Oferowany wymiar zatrudnienia:</b>	<b>równoważnik ..... etatu</b>
---------------------------------------	--------------------------------

<i>Wyszczególnienie</i>	<i>Oferowana stawka brutto</i>
<i>Stawka godzinowa za udzielanie świadczeń w ramach podstawowej ordynacji lekarskiej</i>	.....zł/godz. złotych słownie: .....
<i>Stawka godzinowa za dyżur lekarski</i>	.....zł/godz. złotych słownie: .....

.....  
miejsce i data

.....  
podpis i pieczęć oferenta

.....  
pieczęć oferenta

**Formularz ofertowy**  
na udzielanie świadczeń zdrowotnych  
przez lekarza w **Oddziale Laryngologicznym**

**I Dane Oferenta:**

Zarejestrowana nazwa i adres Oferenta

.....  
.....

**II Kryteria oceny:**

Kolejno, w zakresie kryteriów opisanych w SWKO (w kolejności a-d: 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 i stopnie naukowe)  
.....  
.....  
.....
- c. W zakresie realizacji przedmiotu zamówienia zgłaszam gotowość do pracy (wybrać jedną preferowaną odpowiedź poprzez postawienie znaku „X” na wykropkowanym polu):
  1. Tylko dyżury - .....
  2. Tylko podstawowa ordynacja – .....
  3. Podstawowa ordynacja wraz z dyżurami – .....
- d. W zakresie wymiaru dni – w związku z realizacją przedmiotu zamówienia zgłaszam gotowość do pracy (wybrać jedną preferowaną odpowiedź poprzez postawienie znaku „X” na wykropkowanym polu):
  1. Jeden dzień w jednym tygodniu – .....
  2. Dwa dni w jednym tygodniu – .....
  3. Co najmniej trzy dni w jednym tygodniu – .....

**CENA**

Oświadczam, że oferuję następujące wymiar zatrudnienia i stawki za wykonanie przedmiotu zamówienia:

<b>Oferowany wymiar zatrudnienia:</b>	<b>równoważnik ..... etatu</b>
---------------------------------------	--------------------------------

Wyszczególnienie	Oferowana stawka brutto
Z-ca Kierownika oddziału – stawka godzinowa za udzielanie świadczeń w ramach podstawowej ordynacji lekarskiej	.....zł/godz. złotych słownie: .....
Stawka godzinowa za udzielanie świadczeń w ramach podstawowej ordynacji lekarskiej	.....zł/godz. złotych słownie: .....
Stawka godzinowa za udzielanie świadczeń w ramach pozostawania w gotowości pod telefonem	.....zł/godz. złotych słownie: .....
Stawka godzinowa za udzielania świadczeń w ramach dyżurów lekarskich tzw. wezwanie	.....zł/godz. złotych słownie: .....

.....  
miejsce i data

.....  
podpis i pieczęć oferenta



.....  
pieczęć oferenta

**Formularz ofertowy**  
na udzielanie świadczeń zdrowotnych  
przez lekarza w **Oddziale Neonatologicznym**

**I Dane Oferenta:**

Zarejestrowana nazwa i adres Oferenta

.....  
.....

**II Kryteria oceny:**

Kolejno, w zakresie kryteriów opisanych w SWKO (w kolejności a-d: 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 i stopnie naukowe)  
.....  
.....  
.....
- c. W zakresie realizacji przedmiotu zamówienia zgłaszam gotowość do pracy (wybrać jedną preferowaną odpowiedź poprzez postawienie znaku „X” na wykropkowanym polu):
  1. Tylko dyżury - .....
  2. Tylko podstawowa ordynacja – .....
  3. Podstawowa ordynacja wraz z dyżurami – .....
- d. W zakresie wymiaru dni – w związku z realizacją przedmiotu zamówienia zgłaszam gotowość do pracy (wybrać jedną preferowaną odpowiedź poprzez postawienie znaku „X” na wykropkowanym polu):
  1. Jeden dzień w jednym tygodniu – .....
  2. Dwa dni w jednym tygodniu – .....
  3. Co najmniej trzy dni w jednym tygodniu – .....

**CENA**

Oświadczam, że oferuję następujące wymiar zatrudnienia i stawki za wykonanie przedmiotu zamówienia:

<b>Oferowany wymiar zatrudnienia:</b>	<b>równoważnik ..... etatu</b>
---------------------------------------	--------------------------------

<i>Wyszczególnienie</i>	<i>Oferowana stawka brutto</i>
<i>Stawka godzinowa za udzielanie świadczeń w ramach podstawowej ordynacji lekarskiej</i>	.....zł/godz. <i>złotych słownie: .....</i>
<i>Stawka godzinowa za dyżur lekarski</i>	.....zł/godz. <i>złotych słownie: .....</i>

.....  
*miejsce i data*

.....  
*podpis i pieczęć oferenta*

.....  
pieczęć oferenta

### Formularz ofertowy

Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza  
w związku z realizacją programu lekowego – **leczenie neowaskularnej (wysiękowej) postaci  
zwyrodnienia plamki związanego z wiekiem ( AMD) - okulistyka**

#### I Dane Oferenta:

Zarejestrowana nazwa i adres Oferenta

.....  
.....

#### II Kryteria oceny:

Kolejno, w zakresie kryteriów opisanych w SWKO (w kolejności a-c: jakość, kompleksowość 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 i stopnie naukowe)  
.....  
.....
- c. W zakresie wymiaru dni – w związku z realizacją przedmiotu zamówienia zgłaszam gotowość do pracy (wybrać jedną preferowaną odpowiedź poprzez postawienie znaku „X” na wykropkowanym polu):
  1. Jeden dzień w jednym tygodniu – .....
  2. Dwa dni w jednym tygodniu – .....
  3. Co najmniej trzy dni w jednym tygodniu – .....

#### CENA

Oświadczam, że oferuję następujące wymiar zatrudnienia i stawki za wykonanie przedmiotu zamówienia:

Wyszczególnienie	Oferowana stawka brutto
Stawka godzinowa za udzielanie świadczeń zdrowotnych	.....zł/godz. złotych słownie: .....

## OFEROWANY HARMONOGRAM

Lp.	Dzień tygodnia	Od godz.	Do godz.	Ilość godz.
1.	Poniedziałek			
2.	Wtorek			
3.	Środa			
4.	Czwartek			
5.	Piątek			
Razem: (należy wpisać ilość godzin łącznie tygodniowo)				

.....  
*miejsce i data*

.....  
*podpis i pieczęć oferenta*