

.....
pieczęć oferenta

Formularz ofertowy (SOR) – Zastępca Kierownika
na udzielanie świadczeń zdrowotnych na rzecz pacjentów Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki
Zdrowotnej w Kędzierzynie – Koźlu

I. Dane Przyjmującego Zamówienie

Nazwa:.....

Siedziba:.....

Województwo:.....

Numer REGON.....

Numer NIP:.....

II. Cena

Oświadczam, że oferuję następujące stawki za wykonanie przedmiotu zamówienia:

L.p.	Wyszczególnienie rodzajów świadczeń	Oferowana cena brutto zł/godz.
1.	Podstawowa Ordynacja wraz z pełnieniem funkcji Zastępcy Kierownika
2.	Dyżur medyczny
3.	Udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach przeprowadzenia badania lekarskiego osoby zatrzymanej przez Policję wraz z wydaniem zaświadczenia

W zakresie kolejnych kryteriów opisanych w SWKO (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 realizacji przedmiotu zamówienia (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. Do 2 dni w jednym tygodniu –
.....
2. 3-4 dni w jednym tygodniu –
.....
3. Co najmniej 5 dni w jednym tygodniu –
.....

.....
miejsce i data

.....
podpis i pieczęć osoby uprawnionej do reprezentowania Oferenta