

.....
pieczęć oferenta

Formularz ofertowy
na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy 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
1.	Podstawowa Ordynacja / z zakresu kardiologii/ w Oddziale Chorób Wewnętrznych* zł/godz.
2.	Udzielanie świadczeń medycznych w ramach dyżurówzł/godz.

* dokonać wyboru przez podkreślenie

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. Poniżej 1 etatu i/lub dyżury (proszę podać wymiar etatu)
3. 1 etat i/lub dyżury.....

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. Będę kontynuował udzielanie świadczeń–
.....
2. Rozpocznam udzielanie świadczeń –
.....

.....
miejsce i data

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