

.....
pieczęć oferenta

Formularz ofertowy (ODDZIAŁ CHOROÓB WEWNĘTRZNYCH)
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
1.	Podstawowa Ordynacja wraz z pełnieniem funkcji Zastępcy Kierownikazł/godz.
2.	Dyżur medycznyzł/godz.
3.	realizacja innych świadczeń zdrowotnych w oddziale (badanie UKG)zł/jedno badanie

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. Poniżej 1 etatu z dyżurami (proszę podać wymiar etatu)
2. 1 etat wraz z dyżurami

d. W związku z realizacją przedmiotu zamówienia – kontynuacja udzielania świadczeń u Udzielającego zamówienia (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