

.....
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.	Udzielanie świadczeń w ramach podstawowa ordynacji zł/godz.
2.	Udzielanie świadczeń medycznych w ramach dyżurów w dni roboczezł/godz.
3.	Udzielanie świadczeń medycznych w ramach dyżurów w dni wolne od pracy (soboty, niedziele, święta)zł/godz.

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 (proszę podać wymiar etatu)
3. Podstawowa ordynacja z dyżurami (proszę podać wymiar etatu)

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 u Udzielającego zamówienie–
2. Rozpoczynam udzielanie świadczeń u Udzielającego zamówienie –

.....
miejsce i data

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