

.....
pieczęć oferenta

Formularz ofertowy

na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez Zastępcę Kierownika w Oddziale Chirurgii Ogólnej 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 wraz z pełnieniem funkcji Zastępcy Kierownika Oddziału Chirurgii Ogólnej 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. poniżej 1 etatu podstawowej ordynacji + dyżury (proszę podać wymiar etatu)
 2. 1 etat podstawowej ordynacji + dyżury
- d. W zakresie realizacji przedmiotu zamówienia - kontynuacja udzielania świadczeń u Udzielającego zamówienie (wybrać jedną preferowaną odpowiedź poprzez postawienie znaku „X” na wykropkowanym polu):
 1. Będę kontynuował udzielanie świadczeń u Udzielającego zamówienie-
 2. Rozpocynam udzielanie świadczeń u Udzielającego zamówienie –

.....
miejsce i data

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