

.....  
pieczęć oferenta

**Formularz ofertowy**  
na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez Zastępcę Kierownika Oddziału Neonatologicznego  
z pododdziałem Patologii Noworodka na rzecz pacjentów Samodzielnego Publicznego Zespołu  
Opieki Zdrowotnej w Kędzierzynie-Koźlu

**I. Dane Przyjmującego Zamówienie**

Nazwa:.....

Siedziba:.....

Województwo:.....

Numer REGON.....

Numer NIP:.....

**II. Cena**

**OFERUJĘ NASTĘPUJĄCY WYMIAR ETATU .....**  
**(proszę podać wymiar etatu)**

**Oświadczam, że oferuję następujące stawki za wykonanie przedmiotu zamówienia:**

L.p.	Wyszczególnienie rodzajów świadczeń*	Oferowana cena brutto
1.	Udzielanie świadczeń w ramach podstawowej ordynacji wraz z pełnieniem funkcji Zastępcy Kierownika	..... zł/godz.
2.	Udzielanie świadczeń medycznych w ramach dyżurów w dni robocze	.....zł/godz.
3.	Udzielanie świadczeń medycznych w ramach dyżurów w soboty, niedziele, dni wolne od pracy	.....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. 1 etat podstawowa ordynacja z dyżurami .....
2. Poniżej 1 etatu podstawowa ordynacja z dyżurami .....

d. w związku z realizacją przedmiotu zamówienia (wybrać jedną preferowaną odpowiedź poprzez postawienie znaku „X” na wykropkowanym polu):

1. Będę kontynuował udzielanie świadczeń u Udzielającego zamówienie – .....
2. Rozpocznam udzielanie świadczeń u Udzielającego zamówienie – .....

.....  
*miejsce i data*

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