

.....  
pieczęć oferenta

Załącznik nr 1a  
do SWKO

**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**

**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	..... 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. Tylko dyżury .....
2. Tylko podstawowa ordynacja .....
3. 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*