

.....  
pieczęć oferenta

### Formularz ofertowy

na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie konsultacji torakochirurgicznych  
na rzecz pacjentów SP ZOZ w Kędzierzynie – Koźlu

#### I Dane Oferenta:

Zarejestrowana nazwa i adres Oferenta

.....  
.....  
.....  
.....

#### II Przedmiot Oferty:

Zgłaszam swoją ofertę na wykonywanie świadczeń w zakresie:  
KONSULTACJI TORAKOCHIRURGICZNYCH na rzecz pacjentów SP ZOZ Kędzierzyn – Koźle

#### III Oferta cenowa

Zakres świadczeń	Wynagrodzenie
Świadczenia zdrowotne w zakresie konsultacji torakochirurgicznych	..... – za 1 konsultację słownie: .....

#### Harmonogram czasu pracy

L.p.	Dzień tygodnia	Od godz.	Do godz.
1	Poniedziałek		
2	Wtorek		
3	Środa		
4	Czwartek		
5	Piątek		

#### Wykaz osób/dane osoby wykonujących konsultacje, kwalifikacje zawodowe:

L.p.	Imię i nazwisko	Kwalifikacje
1		
2		
3		
4		
5		

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. zgodnie ze zgłoszonym harmonogramem do 2 dni w tygodniu .....
  2. zgodnie ze zgłoszonym harmonogramem od 3 dni w tygodniu .....
- 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. Rozpocznym udzielanie świadczeń u Udzielającego zamówienie – .....

.....  
Data i podpis oferenta