

.....
pieczęć oferenta

Formularz ofertowy

na udzielanie świadczeń zdrowotnych w Oddziale Urologicznym i Onkologii Urologicznej przez
Zastępcę Kierownika na rzecz pacjentów Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w
Kędzierzynie-Koźlu

I. Dane Przyjmującego Zamówienie

Nazwa:.....

Siedziba:.....

Województwo:.....

Numer REGON.....

Numer NIP:.....

II. Cena

Harmonogram czasu pracy podstawowa ordynacja:

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

OFERUJĘ NASTĘPUJĄCĄ LICZBĘ DYŻURÓW W MIESIĄCU

.....

(proszę podać deklarowaną liczbę dyżurów na miesiąc)

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 dyżurówzł/godz.
4.	Nadzór nad dyżurami lekarskimi (stawka za 16-godzinny nadzór)zł /16-godzinny nadzór

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. do 4 dyżurów w miesiącu

2. od 5 dyżurów w miesiącu

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. Rozpocynam udzielanie świadczeń u Udzielającego zamówienie –

.....
miejsce i data

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