

.....
pieczęć oferenta

Formularz ofertowy

na udzielanie świadczeń zdrowotnych w **Oddziale Klinicznym Pediatrii** 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 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 medycznych w ramach dyżurów w dni roboczezł/godz.
2.	Udzielanie świadczeń medycznych w ramach dyżurów w soboty, niedziele, dni wolne od pracyzł /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. 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. Rozpaczynam udzielanie świadczeń u Udzielającego zamówienie –

.....
miejsce i data

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