

.....  
pieczęć oferenta

### Formularz ofertowy

na udzielanie świadczeń zdrowotnych w Oddziale Klinicznym Pediatrii przez 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

OFERUJĘ NASTĘPUJĄCY WYMIAR ETATU/LICZBA GODZIN

.....

(proszę podać wymiar etatu lub liczbę godzin/tydzień)

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.
4.	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. niepełny etat + dyżury .....
2. 1 etat + dyżury .....

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*