

.....
pieczęć oferenta

Formularz ofertowy
na udzielanie świadczeń zdrowotnych w **Szpitalnym Oddziale Ratunkowym** przez
Kierownika/Zastępcę Kierownika 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)

OFERTA NA STANOWISKO:

KIEROWNIKA

ZASTĘPCY KIEROWNIKA

(proszę zaznaczyć znakiem X przy wybranej pozycji)

Oświadczam, że oferuję następujące stawki za wykonanie przedmiotu zamówienia:

L.p.	Wyszczególnienie rodzajów świadczeń*	Oferowana cena brutto
1.	Udzielanie świadczeń zdrowotnych wraz z pełnieniem funkcji Kierownika/Zastępcy Kierownika (w zł/godz.) zł/godz.
3.	Udzielanie świadczeń medycznych w ramach dyżurów w określone dni w roku tj. Wigilia, Boże Narodzenie, Sylwester, Nowy Rok, Wielkanoc (w zł/godz.)zł/godz.
4.	Przeprowadzenie badania lekarskiego osoby zatrzymanej wraz z wydaniem zaświadczenia lekarskiego o istnieniu bądź braku przeciwwskazań medycznych do zatrzymania i umieszczenia jej w pomieszczeniu dla osób zatrzymanych przez Policję (w zł)zł

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. Podstawowa ordynacja z dyżurami (niepełny etat)
2. Podstawowa ordynacja z dyżurami (pełny etat)

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