



SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ
„SZPITAL POWIATOWY” IM. BŁ. MARTY WIECKIEJ
W BOCHNI

32-700 Bochnia, ul. Krakowska 31

FORMULARZ OFERTY NA UDZIELENIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

Oznaczenie oferenta:

.....
.....

Adres oferenta:

.....

(nazwa i siedziba zakładu opieki zdrowotnej oraz numer wpisu do rejestru zakładów opieki zdrowotnej, lub imię i nazwisko, adres oraz numer wpisu do właściwego rejestru i oznaczenie organu dokonującego wpisu)

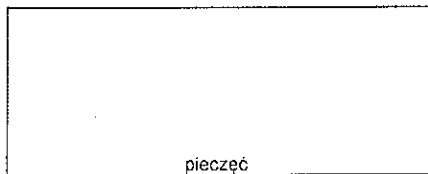
Adres do korespondencji:

.....

.....Tel.

UWAGA:

1. Ofertę należy złożyć na niniejszym formularzu.
2. Formularz powinien być wypełniony czytelnie za pomocą środków o charakterze trwałym.
3. Do oferty należy załączyć:
 - o kserokopię zaświadczenia o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej,
 - o kserokopię odpisu z właściwego rejestru,
4. Dokumenty świadczące o kwalifikacjach (dotyczy podmiotów prowadzących działalność leczniczą w formie indywidualnej praktyki lekarskiej, indywidualnej praktyki lekarskiej wyłącznie w miejscu wezwania, indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej)- tj. prawo wykonywania zawodu, dyplom ukończenia studiów, dyplomy specjalizacyjne lub kartę szkolenia specjalizacyjnego, referencje oraz inne dokumenty mogące mieć wpływ na wybór oferenta – proszę załączyć do oferty i wymienić w spisie załączników do niniejszej oferty.
5. wskazanie liczby i kwalifikacji zawodowych osób udzielających określonych świadczeń zdrowotnych oraz Oświadczenie zgodności danych przedkładanych przez oferenta pod rygorem odpowiedzialności karnej- dotyczy podmiotów leczniczych będących przedsiębiorcą, spółką cywilną, spółką jawną lub spółką partnerską jako grupowa praktyka lekarska.
6. Nie dostarczenie dokumentów poświadczających posiadane kwalifikacje spowoduje odrzucenie oferty.



I. WYKONYWANIE DYŻURÓW LEKARSKICH :

- ☐ 1. W Ambulatorium Opieki Całodobowej w ilości min. godzin miesięcznie.

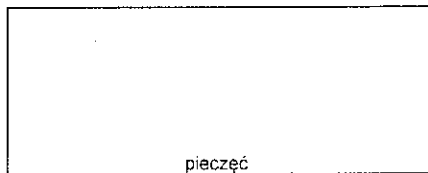
w SP ZOZ „Szpital Powiatowy” w Bochni



II.

DYŻURY LEKARSKIE W AMBULATORIUM OPIEKI CAŁODOBOWEJ

1. za dyżur lekarski w dni powszednie od poniedziałku do piątku (oprócz wymienionych w pkt. 3) w godzinach od 18.00 do 8.00 w zł / h. :
 - a. w przypadku lekarza z II stopniem specjalizacji*: stawka
(słownie zł)
 - b. w przypadku lekarza z I stopniem specjalizacji lub z 3-letnim stażem pracy * stawka
(słownie zł)
 - c. w przypadku lekarza ze stażem pracy do 3 lat (po LEP)* stawka
(słownie zł)
2. za dyżur lekarski w sobotę, niedzielę i święta (oprócz wymienionych w pkt. 4) w godzinach od 8.00. do 8.00 w zł / h. :
 - a. w przypadku lekarza z II stopniem specjalizacji*: stawka
(słownie zł)
 - b. w przypadku lekarza z I stopniem specjalizacji lub z 3-letnim stażem pracy * stawka
(słownie zł)
 - c. w przypadku lekarza ze stażem pracy do 3 lat (po LEP)* stawka
(słownie zł)
3. za dyżur lekarski w dniach 24 i 31 grudnia w godzinach od 18.00 do 8.00 w zł / h. :
 - a. w przypadku lekarza z II stopniem specjalizacji*: stawka
(słownie zł)
 - b. w przypadku lekarza z I stopniem specjalizacji lub z 3-letnim stażem pracy * stawka
(słownie zł)
 - c. w przypadku lekarza ze stażem pracy do 3 lat (po LEP)* stawka
(słownie zł)
4. za dyżur lekarski w dniach 1 stycznia, I i II dzień Świąt Wielkanocy, I i II dzień Świąt Bożego Narodzenia w godzinach od 8.00. do 8.00 w zł / h. :
 - a. w przypadku lekarza z II stopniem specjalizacji*: stawka
(słownie zł)
 - b. w przypadku lekarza z I stopniem specjalizacji lub z 3-letnim stażem pracy * stawka
(słownie zł)
 - c. w przypadku lekarza ze stażem pracy do 3 lat (po LEP)* stawka
(słownie zł)



UWAGI :

Oświadczam, że :

- 1) świadczenia wykonywane będą w SP ZOZ w Bochni „Szpital Powiatowy” im. bł. Marty Wieckiej przy wykorzystaniu aparatury i sprzętu medycznego znajdującego się w dyspozycji udzielającego zamówienia,
- 2) w przypadku wyboru mojej oferty, zobowiązuję się do zawarcia umowy oraz przystąpienia do realizacji zamówienia,
- 3) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych: imienia, nazwiska oraz danych dotyczących wykonywania zawodu oraz telefonu stacjonarnego i komórkowego oraz adres e-mail wyłącznie dla celów realizacji umowy.

4) Data

.....
Podpis i pieczęć Oferenta

oraz, że zapoznałem się z treścią:

- 1) ogłoszenia,
- 2) przepisów ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej,
- 3) szczegółowymi warunkami konkursu ofert (SWKO),
- 4) projektem umowy i nie wnoszę do niego żadnych zastrzeżeń

UWAGA : W przypadku wyboru oferty i zawarcia umowy na ofercie ciąży obowiązek zawarcia umowy ubezpieczenia na warunkach określonych ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

Załącznikami do niniejszej oferty są :

1.
2.
3.
4.
5.

Data :

Podpis i pieczęć oferenta :