



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 Szpitalnym Oddziale Ratunkowym i Oddziale Wewnętrznym w ilości min. .... godzin miesięcznie.

**w SP ZOZ w Bochni „Szpital Powiatowy” im. bł. Marty Wieckiej**



## II.

## DYŻURY LEKARSKIE W SZPITALNYM ODDZIALE RATUNKOWYM I W ODDZIALE WEWNĘTRZNYM

1. za dyżur lekarski w dni powszednie od poniedziałku do piątku (oprócz wymienionych w pkt. 3) w godzinach od 15.05 do 7.30 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 7.30. do 7.30 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 15.05 do 7.30 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 7.30. do 7.30 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 .....)

5. za dyżur lekarski w dni powszednie od poniedziałku do w godzinach od 7.30 do 15.05 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 .....)

**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 :