



**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:

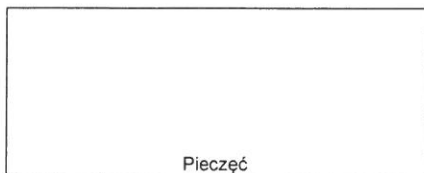
.....

.....Tel.

UWAGA:

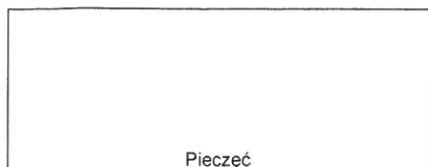
1. Ofertę należy złożyć na niniejszym formularzu.
2. Formularz powinien być wypełniony czytelnie za pomocą środków o charakterze trwałym.
3. Do oferty należy załączyć:
 - kserokopię zaświadczenia o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej/ KRS/ CIDG, REGON, NIP
 - kserokopię odpisu z właściwego rejestru,
4. Dokumenty potwierdzające kwalifikacje zawodowe wg wymogów SWKO 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, inną spółką handlową.**

Nie dostarczenie dokumentów poświadczających posiadane kwalifikacje spowoduje odrzucenie oferty.



**I. WYKONYWANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W CHARAKTERZE
LEKARZA**

Minimalna ilość oferowanych godzin w stosunku miesięcznym przeznaczonych na wykonywanie dyżurów lekarskich w Ambulatorium Opieki Całodobowej wynosi godzin miesięcznie.



ZA REALIZACJĘ ZAMÓWIENIA OCZEKUJĘ ZAPŁATY WG NASTĘPUJĄCYCH STAWEK:

**I.
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. :

cena za 1 godzinę dyżuru nie może przekraczać :

- 41,00 zł brutto w przypadku lekarza z II stopniem specjalizacji
- 33,00 zł brutto w przypadku lekarza z I stopniem specjalizacji lub z 3-letnim stażem pracy
- 33,00 zł brutto w przypadku lekarza ze stażem pracy do 3 lat (po LEP)

lekarz stawka
(podać stopień specjalizacji / staż pracy)

(słownie zł)

2. za dyżur lekarski w sobotę, niedzielę i święta w godzinach od 8.00. do 8.00 w zł / h. :

cena za 1 godzinę dyżuru nie może przekraczać :

- 46,00 zł brutto w przypadku lekarza z II stopniem specjalizacji
- 36,00 zł brutto w przypadku lekarza z I stopniem specjalizacji lub z 3-letnim stażem pracy
- 35,00 zł brutto w przypadku lekarza ze stażem pracy do 3 lat (po LEP)

lekarz stawka
(podać stopień specjalizacji / staż pracy)

(słownie zł)

3. za dyżur lekarski w dniach 24 i 31 grudnia w godzinach od 18.00 do 8.00 w zł / h. :

cena za 1 godzinę dyżuru nie może przekraczać :

- 51,00 zł brutto w przypadku lekarza z II stopniem specjalizacji
- 43,00 zł brutto w przypadku lekarza z I stopniem specjalizacji lub z 3-letnim stażem pracy
- 43,00 zł brutto w przypadku lekarza ze stażem pracy do 3 lat (po LEP)

lekarz stawka
(podać stopień specjalizacji / staż pracy)

(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. :

cena za 1 godzinę dyżuru nie może przekraczać :

- 56,00 zł brutto w przypadku lekarza z II stopniem specjalizacji
- 46,00 zł brutto w przypadku lekarza z I stopniem specjalizacji lub z 3-letnim stażem pracy
- 45,00 zł brutto w przypadku lekarza ze stażem pracy do 3 lat (po LEP)

lekarz stawka
(podać stopień specjalizacji / staż pracy)

(słownie zł)

7



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.

.....
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 :