



**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.

Adres email :

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 REGON, NIP lub CEIDG,
 - 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.

I. WYKONYWANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W CHARAKTERZE LEKARZA

- 1) Minimalna ilość oferowanych godzin w stosunku miesięcznym przeznaczonych na wykonywanie świadczeń zdrowotnych w charakterze lekarza, świadczonych łącznie w Oddziale Chorób wewnętrznych I z pododdziałem kardiologii w godzinach normalnej ordynacji wynosi godzin miesięcznie

- 2) Minimalna ilość oferowanych godzin w stosunku miesięcznym przeznaczonych na wykonywanie świadczeń zdrowotnych w charakterze lekarza, świadczonych łącznie w Oddziale Chorób wewnętrznych I z pododdziałem kardiologii i Oddziale Chorób Wewnętrznych II w ramach dyżuru medycznego wynosi godzin miesięcznie

**ZA REALIZACJĘ ZAMÓWIENIA W ODDZIALE OCZEKUJĘ
ZAPŁATY WG NASTĘPUJĄCYCH STAWEK:**

I.

1. za realizację świadczeń zdrowotnych w charakterze lekarza w dni powszednie od poniedziałku do piątku w godzinach normalnej ordynacji (od poniedziałku do piątku w godzinach od 7.30 – 15.05, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy przypadających w tych dniach) w zł / h. :

lekarz stawka
(podać stopień specjalizacji / staż pracy)
(słownie zł)

2. za dyżur medyczny w dni powszednie od poniedziałku do czwartku w godzinach od 15.05. do 7.30 w zł / h.

lekarz stawka
(podać stopień specjalizacji / staż pracy)
(słownie zł)

3. za dyżur medyczny w weekendy z uwzględnieniem dyżuru rozpoczynającego się w piątek od godz. 15.05 i dni ustawowo wolne od pracy w godzinach od 7.30 – 7.30 następnego dnia w zł / h. :

lekarz stawka
(podać stopień specjalizacji / staż pracy)
(słownie zł)

4. za dyżur medyczny w dniach 24 i 31 grudnia w godzinach od 15.05 do 7.30 w zł / h. :

lekarz stawka
(podać stopień specjalizacji / staż pracy)
(słownie zł)

5. za dyżur medyczny w dniach 1 stycznia, 25, 26 grudnia w pierwszy i drugi dzień Świąt Wielkanocnych w godzinach od 7.30. do 7.30 w zł / h. :

lekarz stawka
(podać stopień specjalizacji / staż pracy)
(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.

.....
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.
6.
7.
8.
9.
10.
11.
12.
13.

Data :

Podpis i pieczęć oferenta :