



**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 lub imię i nazwisko, adres)

**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:
  - o kserokopię zaświadczenia o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej REGON, NIP lub CEIDG,
  - o 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 .....  
w Oddziale ..... w godzinach normalnej ordynacji wynosi .....  
..... godzin miesięcznie
  
- 2) Minimalna ilość oferowanych godzin w stosunku miesięcznym przeznaczonych na wykonywanie świadczeń zdrowotnych w charakterze lekarza, świadczonych .....  
..... w Oddziale .....  
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 piątku 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 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. ....
3. ....
4. ....
5. ....
6. ....
7. ....
8. ....
9. ....
10. ....

Data :

Podpis i pieczęć oferenta :