

.....
pieczęć oferenta

Formularz ofertowy
na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez Zastępcę Kierownika Oddziału Klinicznego Położnictwa,
Ginekologii i Ginekologii Onkologicznej Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej
w Kędzierzynie-Koźlu

I. Dane Przyjmującego Zamówienie

Nazwa:.....

Siedziba:.....

Województwo:.....

Numer REGON.....

Numer NIP:.....

II. Cena

OFERUJĘ NASTĘPUJĄCY WYMIAR ETATU
(proszę podać wymiar etatu)

Oświadczam, że oferuję następujące stawki za wykonanie przedmiotu zamówienia:

L.p.	Wyszczególnienie rodzajów świadczeń*	Oferowana cena brutto
1.	Udzielanie świadczeń w ramach podstawowej ordynacji wraz z pełnieniem funkcji Zastępcy Kierownika Oddziału zł/godz.
2.	Udzielanie świadczeń medycznych w ramach dyżurów w dni roboczezł/godz.
3.	Udzielanie świadczeń medycznych w ramach dyżurów w soboty, niedziele, dni wolne od pracyzł/godz.

W zakresie kolejnych kryteriów opisanych w SWKO (jakość, kompleksowość, dostępność oraz ciągłość) oświadczam, iż:

- a. **W zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych stanowiących przedmiot niniejszego postępowania posiadam letnie doświadczenie zawodowe.**

b. Posiadam następujące kwalifikacje zawodowe (specjalizacja/e, tytuły i stopnie naukowe)

.....
.....
.....
.....

c. W zakresie realizacji przedmiotu zamówienia zgłaszam gotowość do realizacji przedmiotu zamówienia (wybrać jedną preferowaną odpowiedź poprzez postawienie znaku „X” na wykropkowanym polu):

1. 1 etat podstawowa ordynacja z dyżurami
2. Poniżej 1 etatu podstawowa ordynacja z dyżurami

d. w związku z realizacją przedmiotu zamówienia (wybrać jedną preferowaną odpowiedź poprzez postawienie znaku „X” na wykropkowanym polu):

1. Będę kontynuował udzielanie świadczeń u Udzielającego zamówienie –
2. Rozpoczynam udzielanie świadczeń u Udzielającego zamówienie –

.....
miejsce i data

.....
podpis i pieczęć osoby uprawnionej do reprezentowania Oferenta