

.....
pieczęć oferenta

Formularz ofertowy
na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy Oddziału 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 wpisać 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 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. Tylko dyżury
2. Tylko podstawowa ordynacja
3. 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. Rozpocznam udzielanie świadczeń u Udzielającego zamówienie -

.....
miejsce i data

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