

.....
pieczęć oferenta

Formularz ofertowy
na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez Kierownika Oddziału Okulistycznego na rzecz pacjentów
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 LUB ILOŚĆ GODZIN/TYDZIEŃ

.....

(proszę podać wymiar etatu lub ilość godzin/tydzień)

Oświadczam, że oferuję następujące stawki za wykonanie przedmiotu zamówienia:

L.p.	Wyszczególnienie rodzajów świadczeń*	Oferowana cena brutto / miesiąc
1a.	Udzielanie świadczeń w ramach podstawowej ordynacji wraz z pełnieniem funkcji Kierownika	 zł / miesiąc
2.	Udzielanie świadczeń medycznych w ramach wykonywania zabiegów usunięcia zaćmy	zł/1 zabieg

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 zabiegami usunięcia zaćmy
2. Poniżej 1 etatu podstawowa ordynacja z zabiegami usunięcia zaćmy

- 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. Rozpaczynam udzielanie świadczeń u Udzielającego zamówienie –

.....
miejsce i data

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