

.....  
(nazwa i pieczęć oferenta)

## OFERTA

W związku z konkursem ofert nr **SPZOZ/ŚZ/11/2016** ogłoszonym przez Dyrektora SPZOZ w Sanoku :

**na wykonywanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy w Oddziale Ginekologiczno-Położniczym wg zadań.**

**Zad. 1.** Świadczenia zdrowotne w zakresie normalnej ordynacji – **min. dwa dni w tygodniu.**

**Zad. 2.** Świadczenia zdrowotne w zakresie kontraktowych dyżurów medycznych – **min. jeden dyżur w tygodniu**

**Zad. 3.** Pozostawanie w gotowości do udzielania świadczeń w oddziale Ginekologiczno-Położniczym tzw. „dyżur pod telefonem”.

**Nazwa Oferenta:**

.....  
**Nr wpisu do CEIDG lub KRS :**

.....  
**NIP.....REGON.....**

**Adres działalności gospodarczej:**

.....  
**Adres do korespondencji (o ile nie pokrywa się z adresem działalności gospodarczej):**

.....  
**Telefon kontaktowy:**

.....  
**Nr wpisu do właściwego rejestru działalności leczniczej:**

.....  
**Adres zamieszkania oferenta**

**składam ofertę na wykonywanie świadczeń zdrowotnych jak poniżej i proponuję:**

**Zad.1** Stawkę za 1 godzinę udzielanego świadczenia przez lekarza w Oddziale Ginekologiczno-Położniczym w **zakresie normalnej ordynacji** - w dni powszednie, od poniedziałku do piątku w **godz. 7.30 do 15.05** – **min. dwa dni w tygodniu** - .....zł.

(słownie:.....)

**Wybrane dni tygodnia** - .....

**Zad.2** Stawkę za 1 godzinę wykonanego świadczenia w **zakresie kontraktowych dyżurów medycznych** w Oddziale Ginekologiczno -Położniczym – **min. jeden dyżur w tygodniu**

**w dni powszednie, robocze** - .....zł.

(słownie:.....)

**w soboty , niedziele i święta** - .....zł.

(słownie:.....)

<b><u>Dyżur medyczny stacjonarny</u></b>	
<u>Proponowana miesięczna liczba dyżurów w dni powszednie</u>	<u>Proponowana miesięczna liczba dyżurów w sobotę, niedzielę, święta i dni wolne od pracy</u>

**Zad.3** Stawkę za pozostawanie w gotowości do udzielania świadczeń w Oddziale Ginekologiczno-Położniczym tzw. „dyżur pod telefonem”  
czas przybycia do oddziału **bez zbędnej zwłoki** po wezwaniu.

**w dni powszednie, robocze, w soboty , niedziele i święta** - .....zł.  
(słownie:.....)

W załączeniu przedkładam\*:

1. **Załącznik nr 1** - Lista personelu, który będzie udzielał przedmiotowych świadczeń zdrowotnych w ramach złożonej oferty.
2. **Załącznik nr 2** – Oświadczenie nr 1 – w zakresie ZUS , US.
3. **Załącznik nr 3** – Oświadczenie nr 3 – dotyczy oferenta korzystającego z zasobów innych podmiotów w celu realizacji zamówienia.
4. **Załącznik nr 4** - Oświadczenie nr 4 – dotyczy oferenta korzystającego z własnych pracowników w celu realizacji zamówienia
5. **Załącznik nr 5** - Oświadczenie nr 5 – w zakresie BHP
6. Kserokopia wpisu do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą – dokument potwierdzający formę wykonywanej działalności leczniczej.
7. Kserokopia wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego lub zaświadczenia z ewidencji działalności gospodarczej (CEIDG) – dokument potwierdzający status prawny oferenta.
8. Kserokopie dokumentów uprawniających do wykonywania świadczeń : prawo wykonywania zawodu, dyplom specjalizacyjny, w przypadku rozpoczęcia specjalizacji – kserokopia karty specjalizacyjnej, kserokopie dodatkowych kwalifikacji, uprawnień.

*\* w przypadku, gdy Udzielający zamówienia w swojej dokumentacji posiada już któryś z wyżej wymienionych dokumentów(aktualny), Przyjmujący zamówienie w przypadku jego niezłączenia do oferty **zobowiązany jest do przedłożenia oświadczenia** o tym, że dokumenty uwzględnione w punkcie/punktach ..... nie uległy zmianie, są aktualne i znajdują się w posiadaniu Udzielającego zamówienia.*

**Niniejszym, oświadczam, że:**

1. **Zapoznałem/am/ się ze Szczegółowym Warunkami Konkursu Ofert i przyjmuję go bez zastrzeżeń.**
2. **Zapoznałem/am/ się z treścią ogłoszenia konkursu ofert.**
3. **Złożoną ofertą pozostanę związany przez 30 dni od ostatecznego terminu składania ofert.**
4. **Wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.**
5. **W momencie podpisania umowy dostarczę dokument potwierdzający, że podmiot jest ubezpieczony od odpowiedzialności cywilnej zgodnie z ustawą o działalności leczniczej.**
6. **Akceptuję okres obowiązywania umowy : min. 24 m-ce od daty jej zawarcia.**

.....dnia.....

.....

/pieczętka i podpis oferenta/

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych do celów ogłoszonego konkursu ofert (zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 29 sierpnia 1997r.tj. Dz. U. 2014.1182 z późn. zm.)

.....  
(podpis )