

.....  
Nazwa lub pieczęć oferenta

**Formularz ofertowy**  
na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez  
**lekarzy w Oddziale Klinicznym Położnictwa, Ginekologii i Ginekologii Onkologicznej**  
na rzecz pacjentów  
Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej  
w Kędzierzynie – Koźlu

**I. Dane Przyjmującego Zamówienie**

Nazwa:.....  
Siedziba:.....  
Województwo:.....  
Numer REGON.....  
Numer NIP:.....

**II. Cena i harmonogram**

**Harmonogram (dot. podstawowej ordynacji):**

Deklaruję gotowość świadczenia usług zgodnie z poniższym harmonogramem, który nie koliduje z harmonogramem u innych świadczeniodawców:

Dzień	poniedziałek	wtorek	środa	czwartek	piątek
Godziny					

**OFERUJĘ NASTĘPUJĄCY WYMIAR ETATU/LICZBA GODZIN: .....**

**Cena:**

Oferuję następujące stawki w poniższych zakresach udzielania świadczeń zdrowotnych:

L.p.	Wyszczególnienie rodzajów świadczeń*	Oferowana cena brutto
1.	Udzielanie świadczeń w ramach podstawowa ordynacji	..... zł/godz.
2.	Udzielanie świadczeń medycznych w ramach dyżurów w dni robocze	.....zł/godz.
3.	Udzielanie świadczeń medycznych w ramach dyżurów w soboty, niedziele, święta	.....zł/godz.

\* proszę wypełnić wyłącznie te pozycje dotyczą zakresu oferowanego przez lekarza

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 oraz w przypadku pkt 2 i 3 podać wymiar etatu):
  - 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. Rozpoczynam udzielanie świadczeń u Udzielającego zamówienie – .....

.....  
miejsce i data

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