

.....
Nazwa lub pieczęć oferenta

Formularz ofertowy
na udzielanie świadczeń zdrowotnych
przez lekarzy w Oddziale Neonatologicznym z pododdziałem noworodka 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 roboczezł/godz.
3.	Udzielanie świadczeń medycznych w ramach dyżurów w soboty, niedziele, świętazł/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. Rozpaczynam udzielanie świadczeń u Udzielającego zamówienie –

.....
miejsce i data

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